

TYÖAJANSEURANTA PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Sanna Linna

Opinnäytetyö
Joulukuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) LINNA, Sanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	16.12.2013
	Sivumäärä 92	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi TYÖAJANSEURANTA PITKÄAIKAISHOIDOSSA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki, "Uudistuvat työnkuvat" – hanke		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Pitkäaikaishoidon tarkoitus on antaa asukkaille hyvää ympärivuorokautista hoitoa. Hoidon tavoitteena on tukea ja ylläpitää asukkaiden elämänlaatua, toimintakykyä ja terveyttä ollen osana toimivaa palveluketjua. Pitkäaikaishoito pohjautuu arvoihin ja eettisiin toimintaperiaatteisiin. Opinnäytetyö on osa Jyväskylän kaupungin "Uudistuvat työnkuvat" hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää pitkäaikaishoidon yksikköön toimintamalli, joka hyödyntää tarkoituksenmukaisesti hoitohenkilöstön osaamisen huomioiden asiakkaiden tarpeet.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaishoidon hoitohenkilöstön työajan jakaantumista välittömään, välilliseen ja osastokohtaiseen hoitotyöhön sekä henkilökohtaiseen aikaan. Tutkimukseen osallistuivat Jyväskylän kaupungin Keljon pitkäaikaishoidon osastot 1 ja 4. Aineisto kerättiin kahdella tavalla, havainnoimalla ja henkilöstön itseraportoinnilla. Aineisto kerättiin työajanseurantalomakkeella osastojen hoitohenkilöstöltä. Toimintoihin käytetty aika laskettiin yhteen minuutteina ja saaduista minuuttimääristä laskettiin prosenttiosuudet suhteessa kunkin työvuoron yhteenlaskettuun kokonaistyöaikaan. Lomakkeita kertyi havainnoiden 40 kappaletta. Itseraportoiden palautui 317 lomaketta. Aineisto analysoitiin määrällisesti ja tulokset esitetään lukumäärinä ja prosentteina ja havainnollistetaan taulukoina ja kuvioina.</p> <p>Tulosten mukaan hoitohenkilöstön itseraportoiman työajan jakautuminen oli erilaista kuin havainnointi osoittaa. Hoitohenkilöstön työajasta suurin osa kului välittömään (50–78 %) ja välilliseen (8–27 %) hoitotyöhön itseraportoiden. Havainnoinnin perusteella sairaanhoitajat käyttivät välittömään 31–57 % ja välilliseen hoitotyöhön 17–39 % työajasta. Lähihoitajat käyttivät välittömään 49–54 % ja välilliseen 16–21 % työajasta havainnoinnin perusteella. Laitoshuoltajien työaika oli enimmäkseen osastokohtaista hoitotyötä.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä pitkäaikaishoidon hoitajien työtehtäviä vastaamaan heidän koulutustaan ja tieto-taito-osaamistaan.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Pitkäaikaishoito, työnkuva, työajanseuranta, havainnointitutkimus, itseraportointi, hoitohenkilöstö		
Muut tiedot		



Author(s) LINNA, Sanna	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 16.12.2013
	Pages 92	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title WORKING TIME FOLLOW-UP IN LONG-TERM CARE		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by City of Jyväskylä, "Reform of the job descriptions"-project		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of long-term care is to provide a good round-the-clock care for the patients. As a part of the service chain the aim of the care is to support and maintain the patients' quality of life, ability to function and health. Long-term care is based on values and ethical principles. The thesis is a part of a project called "Reform of the job descriptions" run by the City of Jyväskylä. The purpose of this project is to develop for the long-term care unit a new model of work which would exploit the nurses' competence in an appropriate way and take into account of the patients' needs.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe how the nursing staff's working time was divided in direct, indirect and departmental nursing duties as well as personal time. This study was carried out in the long-term care wards 1 and 4 in Keljo in the City of Jyväskylä. The data was collected in two ways: by using external observation and a working time follow-up form filled in by the nursing staff of the two units. A total of 40 forms were filled by the external observers and 317 by the nursing staff. The times used in the different duties were added up in minutes and also presented as percentage values of the shift's whole working time. The data was analyzed quantitatively. The results were also visualized by using tables and figures.</p> <p>According to the results of the study, the nursing staff reported the division of their working time differently from what the observation showed. According to the working time follow-up forms, the majority of the nursing staff's working time was spent on direct (50-78 %) and indirect (8-27 %) nursing. However, according to the external observation, the nurses used 31-57 % in direct and 17-39 % in indirect nursing. Practical nurses used 49-54 % in direct and 16-21 % in indirect nursing and ward domestics mainly used their work time in ward-specific care.</p> <p>The results can be used in the development of nurses' job descriptions in long-term care so that they would be in accordance with their education and competence.</p>		
Keywords Long-term care, work image, working time follow-up, observation research, self-reporting, nursing staff		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Pitkäaikaishoidon määritelmä ja työn luonne	7
2.1	Pitkäaikaishoidon määritelmä	7
2.2	Pitkäaikaishoidon työn luonne	8
3	Työn mitoittaminen ja työajanseuranta	16
3.1	Työaika.....	16
3.2	Hoitohenkilökunnan työajanseurantatutkimuksia.....	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	23
5	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	24
5.1	Kohdejoukko	24
5.2	Aineiston keruu.....	25
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi	28
6	Tutkimustulokset	31
6.1	Taustatiedot.....	31
6.2	Henkilökunnan työaika	32
6.3	Työajan jakautuminen havainnointitutkimuksessa.....	34
6.4	Työajan jakautuminen itseraportoinnissa	35
6.5	Välittömän hoitotyön jakautuminen havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	37
6.6	Välillisen hoitotyön jakautuminen havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	41
6.7	Henkilökohtaisen ajan jakautuminen havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	47
6.8	Yhteenveto tuloksista	48
7	Pohdinta	66
7.1	Ajatuksia päätuloksista	66

7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	73
7.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys	77
7.4	Jatkotutkimusaiheita	77
LÄHTEET.....		79
LIITTEET		83
Liite 1. Hoitohenkilöstön työajanseurantalomake/havainnointi		83
Liite 2. Havainnoinnin toimintoluokat		84
Liite 3. Havainnointitutkimuksessa välittömän ja välillisen hoitotyön työajan jakauma		87
Liite 4. Itseraportoinnissa välittömän hoitotyön työajan jakauma		88
Liite 5. Itseraportoinnissa välillisen hoitotyön työajan jakauma.....		89
Liite 6. Havainnointitutkimuksessa osastokohtaisen hoitotyön ja henkilökohtaisen ajan työajan jakauma.....		90
Liite 7. Itseraportoinnissa osastokohtaisen hoitotyön työajan jakauma		91
Liite 8. Havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa henkilökohtaisen ajan työajan jakauma		92

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Työajanseurantatutkimusten tulosten yhteenvetotaulukko	21
TAULUKKO 2. Henkilöstömitoitukset osastoittain	25
TAULUKKO 3. Hoitotyön toimintoluokat.....	29
TAULUKKO 4. Havainnointilomakkeiden (N=40) jakautuminen työvuoroittain ammattiryhmiin ja osastoihin lukumäärinä (N) ja prosentteina (%)	31
TAULUKKO 5. Itseraportointilomakkeiden (N=317) jakautuminen ammattiryhmiin ja osastoihin lukumäärinä (N) ja prosentteina (%)	32
TAULUKKO 6. Havainnointitutkimuksen työajan pituudet (h) jaoteltuna ammattiryhmiin ja osastoittain	33

TAULUKKO 7. Itseraportoinnin työajan pituudet jaoteltuna ammattiryhmiin ja osastoittain.....	33
TAULUKKO 8. Havainnointitutkimuksen kokonaistyöajan prosentuaalinen (%) jakautuminen toimintoluokkiin ammattiryhmiin ja osastoihin	34
TAULUKKO 9. Itseraportoinnin kokonaistyöajan prosentuaalinen (%) jakautuminen toimintoluokkiin ammattiryhmiin ja osastoihin.....	36

KUVIOT

Kuvio 1. Havainnoinnissa sairaanhoitajien ja lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön.....	38
Kuvio 2. Itseraportoinnissa sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön	39
Kuvio 3. Itseraportoinnissa lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön	40
Kuvio 4. Itseraportoinnissa lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön väli- ja yövuorossa.....	41
Kuvio 5. Havainnoinnissa sairaan- ja lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön.....	42
Kuvio 6. Itseraportoinnissa sairaanhoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön ..	43
Kuvio 7. Itseraportoinnissa lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön	44
Kuvio 8. Havainnoinnissa sairaan- ja lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön.....	45
Kuvio 9. Itseraportoinnissa osasto 1 sairaan- ja lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön	46
Kuvio 10. Sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	49
Kuvio 11. Sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön aamuvuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	50
Kuvio 12. Sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön iltavuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	50
Kuvio 13. Sairaanhoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	51

Kuvio 14. Sairaanhoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön aamu- ja iltavuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	52
Kuvio 15. Sairaanhoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	53
Kuvio 16. Sairaanhoitajien käyttämä aika osastokohtaisen hoitotyön aamuvuoroissa	54
Kuvio 17. Sairaanhoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön iltavuoroissa	55
Kuvio 18. Sairaanhoitajien käyttämä aika henkilökohtaiseen aikaan.....	56
Kuvio 19. Lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	57
Kuvio 20. Lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön aamuvuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoiden	58
Kuvio 21. Lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön iltavuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	59
Kuvio 22. Lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	60
Kuvio 23. Lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön kaikissa vuoroissa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	61
Kuvio 24. Lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön	62
Kuvio 25. Lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa	63
Kuvio 26. Lähihoitajien käyttämä aika henkilökohtaiseen aikaan	64
Kuvio 27. Laitoshuoltajien käyttämä aika välittömään, välilliseen ja osastokohtaiseen hoitotyöhön.....	65
Kuvio 28. Laitoshuoltajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön itseraportoinnissa.....	66

1 Johdanto

Tulevaisuuden väestömäärän ennustaminen on vaikeata. Vuoden 2001 väestöennusteen arvioi oli, että vuonna 2008 yli 85-vuotiaita olisi 94 500. Todellisuudessa heitä oli 103 800. Seitsemän vuoden aikana virhearvio oli 9 prosenttia. Kertautuessaan moninkertaiseksi vuoteen 2040 mennessä ennusteen virheprosentti on melkoinen. (Tilastokeskus 2013.) Väestöennusteen mukaan työikäisten määrä laskee lähivuosikymmeninä. Samaan aikaan vanhusväestön eli huollettavien määrä kasvaa kaikkialla EU-maissa. Eurostatin vuonna 2005 laatiman väestöskenaarion mukaan vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousisi neljännekseen ja vuoteen 2050 mennessä kolmannekseen. Tämän seurauksena huoltosuhde Suomessa muuttuisi epäedullisemmaksi ollen korkein Euroopan maista. Huoltosuhde olisi 73 huollettavaa 100 työikäistä kohden, tarkoittaen lasten ja eläkeikäisten määrän suhdetta työikäisten määrään. (Ruotsalainen 2013, Nieminen 2005.)

Ikääntyneiden määrän kasvaminen tuo lisääntyvän tarpeen heidän tarvitsemalleen hoidolle. Ikääntymisen seurauksena sairaudet lisääntyvät sekä toimintakyky heikkenee aiheuttaen hoidontarpeen lisääntymisen. Nykypäivänä on tavoitteena tuottaa hyvää palvelua iäkkäille mahdollisimman pitkään heidän omissa kodeissaan heidän tarvitsemansa avun turvin. Tämä ei kuitenkaan aina onnistu. Tällöin tarvitaan kuntien tai yksityisten tarjoamaa pitkäaikaishoitoa tai ympärivuorokautista hoitoa.

Vuonna 2013 iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämisen laatusuosituksat uudistuvat. Suosituksen tavoitteena on helpottaa kuntia kehittämään ja arvioimaan tarjoamiaan palveluita iäkkäille. Tavoitteena on turvata terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä taata laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niistä tarvitseville. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Heinäkuussa 2013 voimaan astuneen vanhuspalvelulain (980/2012, laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista) avaintehtävinä on tukea ikääntyneen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa iäkkäiden oikeuksia saada palveluita sekä lisätä kuntien velvoitteita palveluiden järjestämiseen.

Jatkuvien säästömyllerryksien keskellä Jyväskylän kaupunki pyrkii takaamaan iäkkäille laitoshoidon asukkaille laadukkaan hoidon, jossa tuetaan ja ylläpidetään asukkaan

elämänlaatua, toimintakykyä ja terveyttä yhtenä osana palveluketjua. Tämän johdosta Jyväskylän kaupunki käynnisti vuonna 2011 ”Uudistuvat Työnkuvat” – projektin, jonka tarkoituksena on kehittää toimintamalli pitkäaikaishoidon yksiköihin. Tavoitteena on tulevaisuudessa uudistaa hoitohenkilöstön työnkuvaa vastaamaan paremmin ammattiosaamista ja koulutusta sekä lisätä työn tehokkuutta ja henkilökunnan liikkuvuutta asiakkaiden tarpeiden mukaisesti (Halonen 2012.)

Opinnäytetyö on tehty osana edellä mainittua hanketta ja opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka hoitohenkilöstön työaika jakautui hoitotyön toiminnoittain työpäivän aikana. Tutkimus suoritettiin kaksivaiheisena tutkimukseen valituilla Jyväskylän kaupungin Keljon pitkäaikaishoidon osastoilla 1 ja 4. Havainnointitutkimuksen avulla seurattiin ulkopuolisen havainnoijan silmin työajan jakautumista, jonka jälkeen hoitohenkilöstö suoritti vastaavan työajan seurannan itseraportoiden. Tutkimustuloksia hyödynnetään siihen, kuinka voidaan parantaa hoitotyön houkuttelevuutta, sairaanhoitajien saatavuutta ja hoitohenkilökunnan hyvinvointia erityisesti pitkäaikaishoidossa (Halonen 2012).

Suurimman osan hoitohenkilöstön työajasta tulisi tapahtua asukkaan välittömässä läheisyydessä. Stenroos (2009, 61–70) Pro gradu – tutkielmassaan tuo esiin iäkkäiden kertomana heidän tarvitsevan ja kaipaavan enemmän hoitajien läsnäoloa sekä virikkeellisyyden lisäämistä. Osaston hyvän toiminnan ja hoidon takaamiseksi hoitohenkilöstön täytyy suorittaa toimintoja, jotka vähentävät aikaa asukkaiden läheisyydessä. Ilman työajanseurantaa emme voi vaikuttaa toiminnan uudistamiseen. Saadaksemme selville työn jakautumisen on hoitotyö jaettu tässä opinnäytetyössä neljään päätoimintoon: välitön, välillinen ja osastokohtainen hoitotyö sekä henkilökohtainen aika. Työajanseurannassa ja toimintojen uudistamisessa on Liukkosen (2008, 172) mukaan oltava varovaisia. Liiallinen työajanseuranta ja sen seurauksena uudistaminen saattavat vähäisellä hoitohenkilökunnalla aiheuttaa tulosten huononemista sekä koetella henkilökunnan jaksamista.

2 Pitkääikaishoidon määritelmä ja työn luonne

2.1 Pitkääikaishoidon määritelmä

Euroopan komission (2013) mukaan pitkäaikaishoito kuuluu terveys- ja sosiaalipalvelujen välimaastoon. Pitkäaikaishoitoa tarvitsevat yleensä fyysisesti tai psyykkisesti vammaiset henkilöt, huonokuntoiset vanhukset tai erityisryhmät, he, jotka tarvitsevat apua jokapäiväisien askareiden suorittamisessa ja niistä selviytymisessä. Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) on velvoittanut kunnat järjestämään iäkkäälle ihmiselle sosiaalihuoltolain mukaisesti hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta laitoshoidona silloin, kun henkilölle ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää hänen tarvitsemaansa hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa huolehditaan asukkaan ravitsemuksesta, lääkehoidosta, päivittäisistä toiminnoista ja sosiaalisesta hyvinvoinnista.

Pitkäaikaishoitoa voidaan antaa avo- tai laitoshoidona. Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulka ja Viitanen (2010, 76) määrittävät, että pitkäaikaishoito kotona on avohoitoa, joka käsittää kotona asumisen kotihoidon tukemana sekä tavallisen tai tehostetun palveluasumisen. Laitoksessa tapahtuva pitkäaikaishoito tapahtuu vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla.

Ruontimon (2009, 22) mukaan pitkäaikaiseen laitoshoitoon turvaudutaan tilanteessa, jossa hoitoketjun muut palvelumuodot eivät enää riitä vastaamaan kasvaneeseen hoidon tarpeeseen. Pitkäaikainen laitoshoido katsotaan alkavaksi silloin, kun ympärivuorokautista apua ei voida järjestää kotiin. (Voutilainen 2004, 9.; Aejmelaesus, Kan, Katajisto & Pohjola. 2002, 347.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) määrittää, että pitkäaikaishoito alkaa silloin, kun hoidon arvioidaan kestävän yli kolme kuukautta, laitoshoido on kestänyt yli 90 päivää tai henkilö tarvitsee laitoshoidoa toimintakyvyn heikennettyä. Pitkäaikaishoidon päätökset tehdään yhteistyössä ikääntyneen, hänen omaistensa ja alueellisen SAS- tai SAP- työryhmän kesken. Lyhenne SAS tulee sanoista ”selvittää”, ”arvioida” ja ”sijoittaa” ja SAP sanoista ”selvittää”, ”arvioida” ja ”palvelut”. Kyseiset työryhmät ovat moniammatillisia työryhmiä, joissa on sosiaalitoimen ja terveydenhuollon edustajia. (Aejmelaesus ym. 2002, 347.)

Jyväskylässä pitkäaikaishoito vastaa ikääntyneiden ihmisten pitkäaikaisen, ympäri-vuorokautisen hoidon ja huolenpidon haasteisiin, kun asukas ei enää kykene asumaan kotona eikä palveluasumisessa, mutta hän ei tarvitse sairaalatasoista hoitoa. Pitkäaikaishoidon palveluyksikön tehtävänä on tukea ja ylläpitää asukkaiden elämänlaatua, toimintakykyä ja terveyttä ollen osana toimivaa palveluketjua. (Hämäläinen, Rissinen, Nakari, Saarman, Kurkinen-Kopra, Ohmero, Ikonen & Uusisilta 2011, 2.)

2.2 Pitkäaikaishoidon työn luonne

Hoitotyö

Halmeen (2012, 101–102) mukaan hoitotyö pohjaa yleisesti hyväksyttyihin arvoihin ja eettisiin periaatteisiin, ja sen pohjana on monitieteinen tietoperusta. Arvopäämäärinä hoitotyössä ovat terveys, hyvinvointi ja inhimillinen kasvu. Hyvä tietoperusta, ammattitaito ja vuorovaikutustaidot sekä kyky arvostavaan suhtautumiseen ja auttamisen halu jokaista asiakasta kohtaan ovat asioita, joita tarvitaan hoitotyössä, sillä perimmäinen tavoite on asiakkaan hyvä elämä.

Mäkipää ja Hahtela (2011, 34–35, 37) kirjoittavat, että nykykäsityksen mukaan hoitajien asiantuntijuus hoitotyössä on näyttöön perustuvaa (*"evidence based" "research based"*). Asiantuntijuus hoitotyössä määritellään parhaan ja ajantasaisen tiedon arvioinniksi ja käytöksi niin yksittäisen potilaan, potilasryhmän kuin väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä. Mäkipään ja Hahtelan (2011, 35) mukaan Tynjälä ja Nuutinen (1997) kertovat asiantuntijatiedon koostuvan formaalisesta tiedosta, praktisesta tiedosta ja metakognitiivisesta tiedosta. Formaali eli teoreettinen tieto sisältää asiantuntijuusalueen fakta- ja kirjatieoa sekä tietoa alan käsitteistä ja käsitteellisistä malleista. Praktinen eli kokemustieto on asiantuntijan omiin kokemuksiin sidottua henkilökohtaista tietoa ja vaikeasti muille välitettävää. Metakognitiivista eli tietoa ajattelusta, oppimisesta ja tiedosta kutsutaan myös it-sesäätelytaidoksi. Osaamista, jonka avulla asiantuntija yhdistää ja valikoi kokemuksellista ja teoreettista tietoa omassa toiminnassaan. Huomattavaa Tynjälän ja Nuutisen mielestä on, että asiantuntijuuden kohteen eli asiakkaan tai potilaan tuottama tai häneltä kerättävä tieto usein jää mainitsematta hoitotyön asiantuntijan tietopohjaa

käsittelyissä koosteissa. Tieto, joka on tärkeää, koska asukas tai potilas itse tuntee parhaiten elämäntilanteensa ja elintapansa.

Hoitotyö on toimintokeskeinen ammatti, jolle ominaista on työntekijän kouluttautuminen toteuttamaan tiettyjä yhteiskunnallisia toimintoja ja tehtäviä. Hoitotyö tiedonalana koostuu kolmesta ammateille ominaisesta osatekijästä: kohteesta, sisällöstä ja tarkoituksesta. Kohde tarkoittaa tiedonalan asiasisältöä, sitä mihin todellisuuden osiin sen huomio suuntautuu. Näitä osioita voivat olla elämänalueen osat kuten ihmisen perustarpeet, potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutus, huolenpito sairaasta potilaasta, terveys, elämänlaatu ja selviytyminen. Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että hoitotyön tulee olla yksilöllistä hoitotyötä onnistuakseen. Hoitotyön lähtökohdan muodostavat asiakkaan perustarpeet, kokemukset ja reaktiot. Sisältö tarkoittaa hoitotyön olennaisia tietoja, taitoja ja arvoja. Myös ammattitaito ja taito käyttää aistejaan tietoisesti ja valppaasti kuuluvat osana hoitotyön sisältöön. Hoitotyön tarkoitus lyhyesti on hoitotyön tehtävät eli toimenpiteet ja tehtävät, joiden kohteena ovat sairast ja horjuvasta terveydestä kärsivät ihmiset. (Jahren Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006, 15–17.)

Voutilaisen, Backmanin ja Paasivaaran (2002, 115) mukaan ikäihmisten hyvän hoidon ja palvelun tavoitteena on hyvän elämänlaadun turvaaminen, pätien kaikilla hoidon alueilla. He painottavat, että laitoshoidon tulisi suunnitella ja toteuttaa niin, että ikääntyneiden ihmisten oikeudet voivat toteutua. Ikääntyneiden tulisi saada riittävää tietoa oman hoitonsa suunnittelusta ja arvioinnista. Heillä tulisi olla mahdollisuus valintoihin päivittäisten toimintojen yhteydessä, heitä tulisi rohkaista ja tukea omatoimisuuteen sekä antaa niissä tarvittaessa apua. Heillä tulisi olla mielekästä toimintaa, joka tukee heidän minäkuvaansa ja heidän yksityisyyttään tulisi suojella hoitotoimintojen yhteydessä.

Hoitotyön tilanteisiin jokainen tuo mukanaan oman menneisyytensä. Ammatillinen hoitaminen pohjautuu ihmisen perusmotiiviin huolehtia itsestään ja toisista ihmisistä käyttäen hyväkseen tietoa, taitoa ja etiikkaa. Hoitaminen voidaan käsittää hoitotyön ilmiöksi, jossa hoitajan toiminta huolenpidon keinoin auttaa ihmistä kohti mahdollisimman hyvää elämää, elämänlaatua ja toimintakykyä autettavan ehdoilla. Pitkäaikashoidon voidaan ymmärtää ajattelu- ja toimintamalliksi, joka korostaa terveen tai

sairaana iäkkään ihmisen terveyden edistämistä ja säilyttämistä, sairaanhoitoa ja hyvää arvokasta kuolemaa, tilanteita, joissa tulisi tavoitella iäkkäälle ihmiselle myönteisiä asioita. (Räsänen 2011, 36–44.)

Sarvimäki (2009, 32–33) painottaa, että hoitotyö on ihmisarvoista työtä, sellaista, jota pidämme hyvänä ja sopivana arvokkaille ihmisille, heille, joilla on loukkaamaton ihmisarvo. Tällaista ihmistä kohdellaan hienotunteisesti, kohteliaasti ja kunnioittavasti. Räsänen (2011, 37) on väitöskirjassaan samoilla linjoilla Sarvimäen (2009) kanssa, että iäkästä tulisi lähestyä aidosti ja luoda turvallinen ja avoin ilmapiiri, näin iäkäs tulee paremmin autetuksi.

Monien virkamiesten päätösten johdosta hoitajien työ on muuttunut yhä kuormittavammaksi ja kiireisemmäksi muun muassa suurien asiakasmäärien ja vaativien asiakkaiden vuoksi. Näiden seurauksena hoitajilta vaaditaan suurempaa henkistä kestävyyttä ja kykyä kestää kovia paineita. (Hildén 2002, 62.) Väestön korkea tiedontaso lisää hoitajien ammatillisia vaatimuksia, kun terveydenhuollon asiakkaat yhä aktiivisemmin haluavat osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä ottaa vastuuta itsensä ja omaistensa hoidosta (Kalkas & Sarvimäki 2000, 112). Jatkuvat muutokset hoitotyössä edellyttävät ammatillisen osaamisen jatkuvaa kehittämistä koko työuran kestävässä prosessissa (Hildén 2002, 63). Erikoistuminen gerontologiseen hoitamiseen lisää hoitajan tieto-taitopohjaa toimia iäkkäiden ihmisten parissa. Gerontologinen hoitotyö pohjautuu hoitotieteeseen ja gerontologian tietoperustaan antaen parempia valmiuksia iäkkään ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn saavuttamiseen ja säilyttämiseen. (Sairaanhoitajaliitto 2013.)

Lääkärintyö pitkäaikaisosastolla

Lääkärin rooli pitkäaikaishoidossa on haastavaa osastolla käyntien vähyyden johdosta. Monissa paikoissa lääkärit käyvät kerran viikossa tai harvemmin ja näillä käyntikerroilla hoidetaan tarpeellisia akuutteja asioita. Tämän johdosta suuri vastuu kaiken hoidosta pitkäaikaishoitolaitoksissa kasaantuu hoitajien harteille ja lääkärin toiminnallisuuden oikeellisuus riippuu paljon hänen hoitohenkilöstöltä saamasta informaatiosta.

Stenroosin (2009, 62) tekemässä tutkielmassa potilaat ilmaisevat tyytymättömyyttä lääkärin tapaamisen vähyyteen. Tämän johdosta potilaat kokivat, ettei heitä arvosteta. He liittivät lääkärin käyntien vähyyden tiedonsaannin vähyyteen omasta sairaudestaan. Sairaanhoidajan antamaa tietoutta ei arvostettu yhtä korkealle kuin lääkärin, ja näin ollen pitkäaikaishoidossa olevat kokivat saavansa huonosti tietoutta omasta sairaudestaan tai hoidostaan.

Lääkärin tehtävinä pitkäaikaishoidossa on huolehtia diagnoosien oikeellisuudesta ja varmistaa, että iäkäs ja hänen läheisensä ymmärtävät diagnoosien klinisen merkityksen ja sairauden ennusteen. Samoin lääkärin tulee varmistaa hoitohenkilökunnan tietämys sairauden kulusta ja hoidosta. Lääkäreiden tulee arvioida ja ajantasaistaa lääkelistat hoidon alkaessa, voinnin muuttuessa tai puolivuositain. Pystyäkseen tarjoamaan iäkkäille parasta mahdollista hoitoa ja palvelua tulee lääkärin olla vanhusten sairauksien ja toiminnan vajauksien asiantuntija. Hänen on tunnettava potilaat ja potilaan omaiset, ja oltava perehtynyt hoitohenkilöstön osaamiseen ja kunnan palvelurakenteeseen. (Tilvis ym. 2010, 85–86.)

Nykyään, kun omaiset ovat suuressa määrin valveutuneimpia omien ikääntyneiden hoitoihin, tulee lääkäreiden omaksua hyvät vuorovaikutustaidot. Mäkisen (2002, 71–76) tekemässä julkaisussa lääkärit ovat olleet suurelta osin siinä uskossa, että keskeisin tehtävä lääkärintyössä on ylläpitää ja kehittää omaa lääketieteellistä asiantuntemustaan potilaan auttamiseksi. Osa lääkäreistä koki omaiset tärkeäksi resurssiksi niin henkisesti kuin iäkkään iän ja kognitiivisten valmiuksien kannalta. Osa koki myös vuorovaikutuksen olevan omaista tukevaa toimintaa ja tärkeäksi kokonaishoitoa ajatellen, ollen näin lääkärin tärkeä tehtävä. Jotkut lääkärit kokivat vuorovaikutuksen omaisten kanssa kuuluvan ajan puutteellisuuden johdosta sairaanhoitajille. Sairaanhoitajilla heidän mielestään on korkeatasoinen ammattitaito sekä lääketieteellisesti että hoidollisesti, ja heillä on paremmat vuorovaikutustaidot sairaanhoitajakoulutuksen johdosta.

Hoidon eettisyys

Eettiset ohjeistukset ohjaavat ja tukevat hoitajia työssään. Hoitaja on ensisijaisesti vastuussa niille asiakkaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan, suojellen ihmiselämää ja edistäen yksilöllistä hyvää oloa. Asiakkaat tulisi kohdata arvokkaana ihmisenä, yksi-

löinä, joita kohdellaan oikeudenmukaisesti. Heille tulisi luoda hyvä kokonaisvaltainen hoito, joka on saumatonta yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kesken. Hoidon tulisi ottaa huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat sekä kunnioittaa heidän itsemääräämisoikeuttaan ja antaa heille mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan ja hoitopaikkaansa koskevaan päätöksentekoon. (ETENE 2008, 3-4; Sairaanhoidotaliitto 2013.)

ETENE (2008, 3-4) on lisännyt edellä mainittujen lisäksi vanhusten hoidon eettisiin suosituksiin turvallisen lääkehoidon, erityisesti psyykelääkityksen käytön tarpeellisuuden arvioinnin ja omaisten mahdollisuuden osallistua hoitoon. ETENEN (2008, 3-4) mukaan iäkkäillä tulee olla oikeus suojaan toisten hyväksikäyttöä tai itseaiheuttamaa vahinkoa vastaan, heillä tulee olla oikeus hoitoon iästä riippumatta ja heillä on oikeus hyvään ja oireenmukaiseen hoitoon sekä arvokkaaseen kuolemaan. Meidän tulisi kunnioittaa iäkkäiden ihmisten hoitotahtoa, siksi ETENE suosittelee hoitolinjausten varhaista tekemistä. Hoitotahto helpottaa hoitohenkilökunnan työtä, vähentää omaisten ahdistusta ja lisää vanhuksen hyvinvointia.

Hoidettaessa ikääntyneitä ihmisiä, jotka tarvitsevat paljon apua päivittäisten toimintojen suorittamisessa monesti unohdetaan tai ylitetään ikääntyneiden yksityisyyden rajat. Siksi onkin tärkeää, että hoitajat pyrkivät muistuttamaan itseään ikääntyneiden itsemääräämisoikeudesta ja heidän omasta reviiristään, vaikka iäkkäiden sairauksien aiheuttamat tilat eivät mahdollista kaikkia yksityisyysrajojen kunnioittamista.

Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö ja Kivelä (2006, 345–346) kirjoittavat, että iäkkäillä, kuten meillä kaikilla, on samanlaiset oikeudet yksityisyyteen niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti sekä itseen liittyviin tietoihin. He toteavat, että yksityisyyttä on vaikea määritellä konkreettisesti, koska jokainen kokee yksityisyyden eri tavalla. Fyysinen yksityisyys käsittää pitkäaikaishoidossa lähinnä oikeuden saada taitavaa ja kehon yksityisyyttä kunnioittavaa hoitoa. Psyykkiseen yksityisyyteen kuuluu iäkkäällä oikeus säädellä sitä, mitä tietoja jakaa itsestään muille, mitä tietoja haluaa vastaanottaa ja millaisia asioita haluaa tuoda esiin hoidossaan. Sosiaaliseen yksityisyyteen kuuluu oikeus säädellä ihmissuhteiden määrää, syvyyttä ja sisältöä. Itseen liittyvän tiedon yksityisyys liittyy läheisesti psyykkiseen yksityisyyteen. Siinä iäkkäällä on oikeus saada riittävästi tietoa itseään ja hoitoaan koskevista asioista sekä oikeus

säädellä tiedon määrää ja laatua, jota hänestä jaetaan. Iäkkään tulisi itse saada päättää kenelle hänestä tietoja jaetaan sekä tietojen luottamuksellisuus.

Stenroosin (2009, 61–70) tekemästä Pro gradu – tutkielmasta ”Pitkäaikaishoidon hyvä hoito ja terveyteen liittyvä elämänlaatu” on luettavissa iäkkäiden itsensä näkemisiä hyvästä hoidosta. Yleisesti ottaen enemmistö oli tyytyväisiä pitkäaikaishoidon laatuun, erityisesti perustarpeiden tyydyttämiseen, kuten levon, juotavan ja peseytymisen huomioimiseen. Tyytyväisyyttä toi hyvä kohtelu, hoitajien ystävällisyys ja osastojen hyvä ilmapiiri. Eniten tyytymättömyyttä aiheutti hoitajien antaman ajan vähyys, tiedon saannin vaikeus tai sen ymmärtäminen sekä hoitopaikan yleinen melu. Moni koki, ettei saanut osallistua tarpeeksi tai ei ollenkaan oman hoitonsa suunnitteluun. Virkistystoiminnan vähyys ja tekemisen puute olivat myös tyytymättömyyden syitä.

Hoitosuunnitelma ja kirjaaminen

Pitkäaikaishoidossa yhtenä kulmakivenä voidaan pitää hyvää hoidon suunnittelua ja kirjaamista. Hoitosuunnitelmaa voidaan pitää yhtenä osa-alueena hoidon laadussa (Hallila & Graeffe 2005, 73). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Räsänen (2011, 51–52) väitöskirjasta käy ilmi, että hoitotyön dokumentointia on käytetty kautta aikojen hoitotyön laadun mittaamiseen. Toisaalta tutkimukset paljastavat myös suuria puutteita juuri ajantasaisessa hoitosuunnitelmassa isolla osalla pitkäaikaishoidossa olevilla asiakkailla. Hoitosuunnitelma käsitetään monesti hoitajien työkaluksi, johon asiakkaan tarpeet ja voimavarat määritellään epätarkasti sekä tavoitteet ja keinot ovat vain yleisellä tasolla. Ajantasainen hoitosuunnitelma, joka on täsmällinen ja yksilöllinen, edistää hoitohenkilöstön ja muiden toimijoiden välistä tiedonkulkua ollen edellytys hoidon jatkuvuudelle ja turvallisuudelle (Voutilainen ym. 2002, 120).

Hoitosuunnitelma laaditaan kaikille pitkäaikaishoitoon tuleville asukkaille. Jo 1998 Hallilan (1998, 18) toimittamassa kirjassa ”Hoitotyön kirjallinen suunnitelma” todetaan kirjaamisen kriteeriksi se, että kirjaamisen tulisi antaa selkeä kuva potilaan hoitollisista ongelmista ja saavutetuista tuloksista. Jokaisen asukkaan tulotilanteeseen

tulisi tutustua yksilöllisesti ajan kanssa ja kartoittaa näin hänen terveydentilansa, voimavaransa, toimintakykynsä ja avuntarpeensa. Näiden pohjalta hoitajat laativat tarkan kokonaisvaltaisen ja voimavaralähtöisen hoitosuunnitelman, joka sisältää tarkat tavoitteet, hoitamiskeinot ja perustelut niiden käytölle. Hoitosuunnitelma toimii toisille hoitajille tietopakettina, kuinka asukasta tulisi avustaa ja tukea, ja sisältää työkalut, joilla hoito voidaan toteuttaa yksilöllistä kuntouttavaa työtä käyttäen. (Aejmelaesus ym. 2007, 64; Hallila & Graffe 2005, 73; Voutilainen ym. 2002, 120). Aejmelaesus ja muut (2007, 64) täsmentävät, että hoitosuunnitelmassa tulisi käyttää sellaista kieltä, että sen kaikki asianomaiset ymmärtävät.

Hoitosuunnitelman laatiminen perustuu hoitotyön prosessiin: tiedonkeruuseen, hoidon tarpeen määrittelyyn, hoidon suunnitteluun, hoidon toteuttamiseen ja hoidon arviointiin. Tavoitteena hoitosuunnitelmassa on taata asukkaalle hyvä psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Suunnitelman tekeminen vaatii hoitajalta tietoja, taitoja ja oikeanlaista asennetta onnistuakseen hyvin. (Aejmelaesus ym. 2007, 66.). Myös Hallila ja Graeffe (2005, 71) määrittävät, että hoitajan tulee hallita monitieteitä (lääketiede, farmakologia, anatomia ja fysiologia) pystyäkseen olemaan pätevä laatimaan hoitosuunnitelmia. Hallilan (2005, 34–35) mukaan potilaan tunteminen, mahdollisuus käyttää aikaa, harjoitella ja saada ohjausta hoitosuunnitelmien tekemiseen, riittävä kollegiaalisuuden aste osastolla, suunnitelman käyttö raportoidessa ja hoitosuunnitelmien säännöllinen arviointi ovat edellytyksiä hoitosuunnitelman käytön onnistumiselle.

Kirjaaminen tulisi sisäistää hyväksi tiedonkuluksi yhtenä hoidon laatutekijöistä. Ajantasaisen kirjaamisen tulisi olla täsmällistä ja yksilöllistä, joka edistää tiedon kulkua antaen edellytyksen hoidon jatkuvuudelle ja turvallisuudelle. (Voutilainen ym. 2002, 120.) Kirjaaminen papereihin tapahtuu asiakaslähtöisesti, asiakasta kunnioittavasti ja hoidon vaikuttavuutta arvioiden. Ammattietiikan mukaisesti väärätkin toimenpiteet tulee kirjata. (Aejmelaesus ym. 2007, 63.) Hallilan ja Graeffen (2005, 87–89) mukaan kirjaamisen perustana tulisi olla kriittinen ajattelu, ja että käytetyt hoitotyön auttamiskeinot perustuvat näyttöön. Kirjaaminen, kuten hoitosuunnitelma, on kommunikatiota asukkaan hoitoon osallistuvan hoitohenkilökunnan kesken (Hallila 2005, 104).

Räsänen (2011, 51–52) väitöskirjassa havaittiin kirjaamisessa puutteita. Vastaavanlaisia kirjaamisen puutteita tuli ilmi myös Minna Jalosen ja Riikka Juvosen (2006, 50–53) opinnäytetyössä Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoidossa. Tutkittavilla osastoilla oli asetettu hyvät kirjaamisen kriteerit, mutta kirjaaminen itsessään oli osittain puutteellista, jopa perustoimintojen yhteydessä. Tekijät pohtivat, aiheuttaako kirjaamisen puutteellisuuteen pitkäaikaissukkauden voimien pysyminen ennallaan päivästä toiseen. He pohtivat työssään kirjaamisen kriteerien yhtenäistämisen kannattavuutta samankaltaisten osastojen kesken. Toisiko kirjaamisen kriteerien yhtenäistäminen ja uudistuneiden käytäntöjen arvioiminen potilaille turvallisen hoidon jatkuvuuden.

Omahoitajuus ja omaiset voimavarana

Monissa hoitolaitoksissa on käytössä yksilövastuinen hoitotyö työskenneltäessä asiakkaiden kanssa. Aejmelaesusksen ym. (2007, 77) mukaan tämä tarkoittaa sitä, että jokaiselle hoidettavalle on nimetty hoitaja, joka vastaa hänen hoidostaan koko hoidossa olon ajan ja ajaa hänen asioitaan. Hoitajasta käytetään nimitystä vastuuhoitaja tai omahoitaja ja hänellä on vastuu siitä, että hoidettavalle laaditaan tavoitteellinen hoitosuunnitelma. Omahoitaja vastaa hoidettavan tarpeisiin ja kerää häneltä hoidon kannalta tarpeellista tietoa. Omahoitaja on velvollinen ohjeistamaan toisia hoitajia suullisesti ja kirjallisesti hoidon tavoitteista ja suunnitelmasta, jotta hoidon jatkuvuus säilyy omahoitajan poissa ollessa.

Pitkäaikaishoitoon tullessa iäkkäät ihmiset ovat monesti monisairaita, muistamattomia ja päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevia, iäkkäitä, joilta luvan saanti hoitotietojen jakamiseen ja vastaanottamiseen on hankalaa. Tämän johdosta joudutaan turvautumaan omaisilta saatuihin tietoihin ja lupiin sekä luottamaan niiden oikeellisuuteen. Laitoshoidossa olevilla ihmisillä kaikilla tulisi olla omaisia tukemassa hyvinvointia ja huolehtimassa hoidon tarpeellisuudesta ja yksilöllisyydestä. Vaarama ja Voutilainen (2002, 77) ovat sitä mieltä, että omaiset kuuluvat kiinteästi ikääntyneen hoitoon ja omaiset ovat palveluissa voimavarana. Heidän mielestään omaiset ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita, jotka auttavat ammattihenkilökuntaa ymmärtämään ikääntyneen taustaa ja käyttäytymistä. Tilvis ja muut (2010, 72–73) kirjoittavat, että niin vanhukset kuin omaisetkin suhtautuvat kirjavasti vanhuuteen ja toimintakyvyn

heikentymiseen. Monet katsovat tiettyjen oireiden kuuluvan vanhuuteen, kun taas toiset eivät hyväksy minkään heikkouden liittyvän ikääntymiseen.

Mäkinen (2002, 49–66) listaa tekemässään tutkimuksessa kuusi hoitotyön näkökulmasta keskeistä asiaa, joita omaiset pitävät tärkeinä. Emotionaalinen puoli nousee ensimmäiseksi, iäkkään sairastumisen myötä tulevan huolen, surun ja luopumisen myötä. Omaiset kokivat tarvitsevansa tukea ja ymmärtämystä. Eettinen puoli oli toiseksi vahvimpana, koska omaiset joutuvat puuttumaan iäkkään hoidon päätöksiin ja hoitomaksuihin, kuitenkin täysin unohtamatta iäkkään itsemääräämisoikeutta ja sen mahdollista ristiriitaa omaisten päätösten kanssa. Kolmanneksi nousi vuorovaikutuksen merkitys iäkkään omaiselle. Omaiset tahtoivat avointa ja rehellistä keskustelua hoidosta, tulla huomioituiksi ja arvostetuiksi. Byrokratian merkitys omaisille koettiin välttämättömänä asiana, joka sanelee hieman hoitojen toimintaperiaatteita ja käytäntöjä. Omaiset ymmärtävät asetetut säännöt ja toiminnot, vaikka pitivät niitä jollain tapaa rajoittavina tekijöinä omaisen näkökulmasta katsottuna. Omaisten suhtautuminen lääkäriin ja sairaanhoitajaan poikkeavat hieman toisistaan. Lääkärit koetaan auktoriteettisemmiksi kuin sairaanhoitajat, ja heiltä odotetaan saavan tietoa, mutta todellisuudessa harva omainen lääkäriä hoitosuhteessa näkee tai kuulee. Sairaanhoitajille asetettiin enemmän vaatimuksia. Heidän tulisi jakaa tietoa sairauksista ja voinnista, ymmärtää, välittää, tukea, kuunnella, myötäelää ja omata kyky huomioida kaikkia omaisten tarpeita. Sairaanhoitajille asetettiin enemmän vaatimuksia ihmisenä ja persoonana, toisaalta heidän laajaa ammattitaitoa arvostettiin.

3 Työn mitoittaminen ja työajanseuranta

3.1 Työaika

EurLex (2003) määrittää direktiivissä 2003/88/EY työajan käsittävän ajanjaksoa, jonka aikana työntekijä tekee työtä, on työnantajan käytettävissä ja suorittaa toimintaansa tai tehtäviään kansallisen lainsäädännön ja/tai käytännön mukaisesti. Suomen työaikalain (1996/605) 4 §:ssä työajaksi luetaan työhön käytetty aika sekä aika, jonka työntekijä on velvollinen olemaan työpaikalla työnantajan käytettävissä. Päivittäisiä

lepoaikoja ei lasketa työaikaan, jos työntekijä voi esteettömästi poistua työpaikalta lepoaikoina.

Työaikalain yleissäännöksen (6 §) mukainen säännöllinen työaika voi olla enintään 8 tuntia päivässä ja 40 tuntia viikossa. Tietyillä työpaikoilla, esimerkiksi sairaaloilla, terveyskeskuksilla ja vanhusten palvelutaloilla, on mahdollisuus käyttää jaksotyöaikasäädöksiä (7 §), joissa säännöllinen työaika voi poikkeuksellisesti olla enintään 120 tuntia kolmessa viikossa. Säännöllisestä työajasta voidaan poiketa paikallisella sopimuksella, työehtosopimuksella tai sopimalla työntekijän kanssa lain sallimissa rajoissa. (L 9.8.1996/605)

Jaksotyöaikajärjestelmässä säännöllisen työajan pituus jakautuu määritellyn työaikajaksoon (2-6 viikkoa) ja työajat ja niiden pituudet vaihtelevat päivittäin sekä viikoittain työaikajakson eri viikoilla. Yleisemmin työaikajaksot ovat kahden tai kolmen viikon mittaisia. Kolmen viikon työaikajaksolla täysi työaika on enintään 114 tuntia 45 minuuttia. Jaksotyö on työtä, jota tehdään kaikkina viikonpäivinä ja kaikkina kelloaikoina, jolloin normaalin työaikajärjestelmän vapaita ei ole ja siinä ei ole vuorokausi- eikä viikkotyöaikaa, vaan ainoastaan jakson työaika. Työpaikan esimies, joka vastaa työajan suunnittelusta, päättää työvuorojen ja työajan jakamisen eri päiville ja viikoille. (Kuntatyönantajat 2013)

Valtionvarainministeriö (2001, 7) on ”Osaamisen johtamisen kehittämishankkeen” loppuraportoinnissa määrittänyt, että osaaminen on työn vaatimien tietojen ja taitojen hallintaa sekä kykyä soveltaa niitä käytännön työhön. Osaamisen johtaminen rakentuu organisaation ja henkilöstön osaamisen systemaattisesta arvioinnista ja pitkän aikavälin kehittämisestä, joka nousee toiminnan tavoitteista. He ohjeistavat viirastoja kehittämään henkilöstöään, työprosessejaan ja toimintakulttuuriaan, kuten uudet toimintatavat ja palvelut edellyttävät, jolloin oppimista ja osaamista on helppo siirtää. Osaaminen on sekä koko organisaation että yksilön voimavara. Osaamisen mittareina voidaan käyttää henkilöstön koulutustasoa, mitattua osaamista, työtyytyväisyyttä ja terveydentilaa, niin sanottua organisaation inhimillistä pääomaa.

3.2 Hoitohenkilökunnan työajanseurantatutkimuksia

Peltokorpi (2007, 29–30; 35–44) selvitti Pro gradu – tutkielmassaan hoitohenkilökunnan työajankäyttöä ja henkilömitoitusta vanhusten pitkäaikaisessa hoitolaitoksessa. Tutkimuksessa työntekijät (N=81) täyttivät itse seurantakaavaketta 15 minuutin jaksoissa. Tutkimustulokset osoittavat, että välittömään hoitotyöhön käytettiin suurin osa työajasta, riippumatta työvuorosta (aamu-, iltai- tai yövuoro) tai toiminnosta. Lähi- ja perushoitajat käyttivät välittömään hoitotyöhön eniten aikaa (65,2 %), josta suurin osa kului hygieniasta (24,9 %) ja ravitsemuksesta (17,3 %) huolehtimiseen. Sairaanhoidajat käyttivät välittömään hoitotyöhön aikaa hieman vähemmän (52,8 %), josta suurin osa kului hygieniasta (19,1 %) ja ravitsemuksesta (11,7 %) huolehtimiseen. Välilliseen hoitotyöhön sairaanhoidajat (28 %) käyttivät työajasta enemmän aikaa kuin lähi- ja perushoitajat (16,9 %). Eniten aikaa välillisessä hoitotyössä sairaanhoidajat käyttivät hoitotyön raportointiin (8,9 %), lääkitykseen (8,6 %) ja kirjaamiseen (5 %). Lähi- ja perushoitajilta suurin osa kului hoitotyön raportointiin (6,3 %) ja kirjaamiseen (3,5 %). Molemmat ammattiryhmät käyttivät osastokohtaiseen hoitotyöhön työajastaan 9,5 % ja henkilökohtaiseen aikaan 9 %. (Taulukko 1.)

Samansuuntaisia tutkimustuloksia on Hakoman (2008, 33–39) tutkielmassa, jossa seurattiin hoitotyön henkilöstön työajankäyttöä ja hoitotyön laatua pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla. Työajan jakautumista seurattiin kahdella eri osastolla kahden viikon ajan hoitajien (N=147) itseraportoinnin kautta. Eniten työajasta käytettiin välittömään hoitotyöhön (keskimäärin 59 %), josta hygienian osuus oli 13,3 % ja ravitsemuksen 10,5 %. Sairaanhoidajat käyttivät ison osan välittömässä hoitotyössä lääkityksestä huolehtimiseen (7,8 %). Välillisen hoitotyön osuus oli 21 % työajasta, josta kirjaaminen (5,7 %) ja raportointi (5,6 %) veivät suurimman osan. Työajasta kuului osastokohtaiseen hoitotyöhön 13,8 % ja henkilökohtaiseen aikaan 6,7 % kokonaistyöajasta. (Taulukko 1.)

Kanen, Floodin, Keckhaferin ja Rocwoodin (2001) tutkimuksessa EverCare pitkäaikaishoitolaitosten hoitajat (N=167) itseraportoivat kahden viikon aikana työajankäyttöään. Heiltä kului välittömään hoitotyöhön 35,2 %, välilliseen hoitotyöhön 26,1 % ja kirjaamiseen 19,9 % työajasta. Matkustamiseen hoitolaitoksesta toiseen ja ei työs-kentelyyn (töihin kuulumattomiin asioihin) käytettiin 15 % työajasta sekä muihin

toimintoihin 3 %. Heidän tutkimus osoitti, että 23,7 % työajasta tehtiin enemmän kuin yhtä asiaa kerrallaan, joka onkin yleistä hoitotyössä. (Taulukko 1.)

Hall ja O'Brien-Pallas (2000) saivat omassa tutkimuksessaan, joka tehtiin pitkäaikais-hoidon kahdella osastolla, samansuuntaisia tuloksia. Tutkimus tehtiin hoitohenkilös-töä haastatteleamalla ja heidän henkilökohtaisena kirjallisena työajanseurantana. Vä-littömään hoitotyöhön käytettiin 36,9 % ja välilliseen 46,4 % työajasta. Hoitajilta kului hoitotyöhön kuulumattomiin töihin 20,5 % työajasta. (Taulukko 1.)

Partanen (2002) tutki väitöskirjassaan Kuopion yliopistollisen sairaalan neljän osas-ton, kahden kirurgisen, yhden sisätautisen ja yhden syöpätautien, henkilömitoituksen riittävyttä ja työajan käyttöä työvuoroissa. Tutkimus tapahtui kahden viikon aikana henkilöstömitoituksen ja hoitotyön laadun arviointilomakkeella, jota hoitohenkilö-kunta täytti itseraportoiden 10 minuutin välein. Lomakkeessa oli neljä toimintoaluet-ta: välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, osastokohtainen hoitotyö ja henkilökohtai-nen aika. Pääsääntöisesti osastoilla käytettiin työaikaa samoihin osa-alueisiin. Keski-määrin 41 % työajasta kului välittömään hoitotyöhön, josta joka osaston sairaanhoi-tajat käyttivät eniten aikaa potilaiden lääkitsemiseen liittyviin tehtäviin (8,9 %), hy-gieniasta huolehtimiseen (4,4 %) ja yhteistyöhön omaisten kanssa (7,2 %). Perushoi-tajat käyttivät sairaanhoitajia enemmän aikaa välittömään hoitotyöhön, joka jakautui eniten ravitsemuksesta (8,8 %) ja hygieniasta (6,6 %) huolehtimiseen sekä yhteistyö-hön omaisten kanssa (5,8 %). Välilliseen hoitotyöhön käytettiin keskimäärin 35 % työajasta, josta enin aika meni kirjaamiseen ja raportointiin (17 %). Osastokohtaiseen hoitotyöhön käytettiin 16 % työajasta ja henkilökohtaisiin taukoihin 8 % työajasta. Aamu- ja iltavuoroilla ei ollut merkittävää vaikutusta välittömän ja välillisen hoito-työn työtehtävien jakautumisella, yleensä välillisen hoitotyön osuus väheni yövuoroissa. Toisaalta osastokohtaisen hoitotyön osuus vastaavasti kasvoi yövuoroissa. (Taulukko 1.)

Nurminen ja Pappinen (2011) tutkivat kehittämishankkeessaan Jyväskylän kaupungin pitkäaikaishoidon ja vammaispalvelun sairaanhoitajan työnkuvaa. Kehittämishanke oli yhtenä osana Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelun -vastuualueen ”Uudistuvat Työnkuvat”- hanketta liittyen laajemmin kaupungin ”Uuden Sukupolven organisaatio”-työhön (USO). Kehittämishankkeessa seurattiin kyselylomakkeen avulla

kaikkien pitkäaikaisosastojen (8 osastoa) ja vammaispalvelujen (kolme osastoa) sairaanhoitajien työajanjakamaa kahden viikon aikana. Hoitajat täyttivät itseraportoiden lomakkeen 15 minuutin aikajaksoissa. Lomakkeita palautui 20 kappaletta. Tulokset olivat vaihtelevia. Pitkäaikaishoidossa välittömään hoitotyöhön käytettiin 45–75 % työajasta ja vammaispalvelussa vastaavasti 41–63 %. Välilliseen hoitotyöhön pitkäaikaishoidossa käytettiin aikaa 15–34 % työajasta ja vammaispalvelussa 21–36 %. Osastokohtaiseen hoitotyöhön pitkäaikaishoidossa käytettiin työajasta 4–25 % ja vammaispalvelussa 14–22 %. Pitkäaikaishoidossa henkilökohtaisiin taukoihin käytettiin 5–8 % työajasta. Vammaispalvelun puolella tähän kohtaan oli vastattu vain yhdellä osastolla, jossa henkilökohtaisiin taukoihin käytettiin 4 % työajasta. Työvuorollisesti iltaja aamuvuoroissa molemmissa oli paljon perushoitoa- ja ohjausta sekä aamuvuorossa lisäksi sairaanhoitoa ja lääkehoitoa. Hoitotyön kirjaamista ja raportointia oli molemmissa vuoroissa yhtä paljon. (Taulukko 1.)

Halonen (2012) teki työajanseurantatutkimuksen Jyväskylän kaupungin ”Uudet Työnkuvat”-hankkeelle. Tutkimus suoritettiin kahdelle Jyväskylän kaupungin pitkäaikaishoidon pilottiosastolle. Seuranta-aika oli kaksi viikkoa koskien kaikkia työntekijöitä, lukuun ottamatta osastonhoitajia. Seuranta-ajan jälkeen lomakkeita palautui 242 kappaletta. Tutkimuksessa ilmeni eroavaisuuksia osastojen kesken. Toisella osastolla käytettiin yli 65 % työajasta välittömään hoitotyöhön, josta perushoito- ja hoiva (59,5 %) suurin osa ajasta. Toisella osastolla vastaavasti välittömään hoitotyöhön käytettiin aikaa alle 55 % työajasta, heilläkin suurin osa tästä ajasta kului perushoidon- ja hoivan parissa (41,2 %). Välilliseen hoitotyöhön molemmilla osastoilla käytettiin työajasta 12–18 % työajasta, josta suurin osuus kului raportointiin (5,7–7,0 %) ja kirjaamiseen (3,8–7,1 %). Osastokohtaisessa työssä hoitajien keskuudessa oli eroavaisuuksia. Osastojen sairaanhoitajat käyttivät enemmän aikaa tähän osioon 18–20 %, kun lähi- ja perushoitajat vain 5–9 % työajasta. Laitoshuoltajat molemmilla osastoilla käyttivät eniten aikaa osastokohtaiseen hoitotyöhön, 71–86,5 % työajasta. Toisen osaston laitoshuoltajilla oli myös paljon välitöntä hoitotyötä (22 %), johtuen osaston toimintarakenteesta, jonka johdosta laitoshuoltajat osallistuivat asukkaiden syöttämiseen. Henkilökohtaiseen aikaan hoitajat käyttivät molemmilla osastoilla 8,5–9,5 % työajasta, laitoshuoltajat 6,5–10 % työajasta. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Työajanseurantatutkimusten tulosten yhteenvetotaulukko

Tutkimuksien % tulokset	Pelto-korpi 2007	Hakoma 2008	Kaneym. 2001	Hall & O'Brien-Pallas 2000	Partanen 2002	Nurminen & Pappinen 2011	Halonen 2012	Sainio 2010
Välitön hoitotyö	52,8 (Sh) 65,2 (Lh)	59	35,2	36,9	41,0	45-75 (P) 41-63 (V)	55-65 (Sh/Lh) 22 (Lsh)	42,3 43,2 (Sh)
hygienia	19,1 (Sh) 24,9 (Lh)	13,3	-	-	4,4 (Sh) 6,6 (Lh)	-	-	-
ravitsemus	11,7 (Sh) 17,3 (Lh)	10,5	-	-	8,8 (Lh)	-	-	-
lääkityksestä huolehtiminen	-	7,8 (Sh)	-	-	8,9 (Sh)	-	-	2,4
yhteistyö omaisten kanssa	-	-	-	-	7,2 (Sh) 5,8 (Lh)	-	-	0,9
perushoito ja hoiva	-	-	-	-	-	-	41,2-59,5	0,9
Välillinen hoitotyö	28 (Sh) 16,9 (Lh)	21	26,1	46,4	35	15-34 (P) 21-36 (V)	12-18	23,2 21 (Sh)
raportointi	8,9 (Sh) 6,3 (Lh)	5,6	-	-	17	-	5,9-7,0	1,3
kirjaaminen	5 (Sh) 3,5 (Lh)	5,7	19,9	-		-	3,8-7,1	4,8
lääkitys	8,6 (Sh)	-	-	-	-	-	-	2,4
Osasto-kohtainen hoitotyö	9,5	13,8	-	-	16	4-25 (P) 14-22 (V)	18-20 (Sh) 5-9 (Lh) 71-86,5 (Lsh)	15,2 14,4 (Sh)
Henkilökoh-tainen aika	9	6,7	-	-	8	5-8 (P) 4,0 (V)	8,5-9,5 6,5-10 (Lsh)	8,7 8,8 (Sh)
Töihin kuulu-maton aika/matkus-taminen	-	-	15	20,5	-	-	-	-

Sh= sairaanhoitajat, Lh= lähihoitajat, Lsh =laitoshuoltajat, P= pitkäaikaishoito, V = vammaishoito

Sainio (2010) selvitti Pro gradu-tutkielmassaan hoitohenkilökunnan työajankäyttöä terveyskeskuksen poliklinikalla. Tutkimuksessa hoitohenkilökunta (N=22) täyttivät itse seuranta-kaavaketta 10 minuutin jaksoissa seitsemän päivän ajalla. Vastauslomakkeista suurin osa (72,1 %) oli sairaanhoitajien. Tutkimustulokset osoittivat, että hoitohenkilökunta käytti välittömään hoitotyöhön poliklinikalla eniten aikaa (42,3 %). Sairaanhoitajat käyttivät kyseiseen osioon 43,4 % työajastaan, josta 0,9 % kului yhteistyöhön omaisten kanssa ja 2,4 % lääkehoitoon. Perushoitoa sairaanhoitajilla on vähäisen poliklinikalla, vain 0,9 % työajasta. Välilliseen hoitotyöhön hoitohenkilöstö käytti aikaa 23,2 % työajasta. Sairaanhoitajat käyttivät kyseiseen osioon 21 % työajasta, josta kirjaamiseen käytettiin 4,8 % ja raportointiin 1,3 % työajasta. Osastokohtainen hoitotyö kulutti hoitohenkilöstön työajasta 15,2 %. Sairaanhoitajilta tähän osioon kului 14,4 % työajasta. Henkilökohtaiseen aikaan hoitohenkilöstö käytti aikaa 8,7 % työajasta, sairaanhoitajilta taukoihin kului 8,8 % työajasta. (Taulukko 1.)

Morin ja Leblanc (2005, 214–220) selvittivät mistä toiminnosta pitkäaikaishoitohenkilöstö olisi valmis vähentämään työaikaa, jos työaikaa tulisi vähentää. Tutkimus osoitti, että yli 30 % työajasta oltaisiin valmiita vähentämään perushoidosta, kommunikoinnista asiakkaan ja omaisten kanssa sekä kuntouttavasta hoitotyöstä. Ravitsemuksesta, WC-toiminnoissa avustamisesta ja hoito- ja tutkimustoimenpiteistä oltaisiin valmiita vähentämään alle 30 % työajasta. Kuitenkin tästä määrästä vain alle 5 % vähennettäisiin hoito- ja tutkimustoimenpiteistä, jotka hoitajien mielestä tulee suorittaa lääkärin määrääminä. Ravitsemuksen ja erityistoiminnan ylläpitämisen vähentämisestä vieroksutaan, koska niiden koetaan vaikuttavan kokonaisvaltaisesti asiakkaan hyvinvointiin.

Pääkkönen (2003, 122–125) havaitsi tutkiessaan työviikon rakennetta, että työaika muuttuu, kun käytetään erilaisia raportointimenetelmiä. Sosioekonominen asema ja sukupuoli vaikuttivat raportoitavaan työaikaan. Eniten eroavaisuuksia vastauksissa oli naisilla. Tämä saattaa olla yhtenä tekijänä tehtyjen erilaisten tutkimusten tulosten eroavaisuuteen vaikka tarkasteltaisiin samaa toimintoa. Havainnointitutkimuksessa katsojana on ulkopuolinen saman alan osaava henkilö, joka kirjasi vastaukseksi juuri sillä hetkellä havainnoitavan tekemän työtehtävän. Itseraportoinnissa arvioijan itse tulee pystyä päättämään 15 minuutin aikajakson sisällä olevista työtehtävistä se, joka

hänen mielestään vei kaikkein eniten aikaa. Hoitotyössä 15 minuuttiin saattaa sisältyä monia erilaisia pieniä työtehtäviä, jotka lisäävät päätöksen vaikeutta.

Liukkosen (2008, 172) mielestä työajankäytön seuraaminen on rationalisoitu sellaiselle tasolle, että nykyisellä miehityksellä on vaikea saada hyviä tuloksia. Työnantajat ovat kuitenkin sitä mieltä, että vaihtoehtoja ei ole, jos halutaan pysyä kilpailukykyisinä. Kuitenkin Liukkosen mukaan liika rationalisointi ja jatkuva muutos koettelevat työntekijöiden jaksamista. Työt saattavat olla liian nopeatahtisia ja alimiehitettyjä aiheuttaen työkyvyn hiipumista. Tämä lisää paineita siirtyä varhaiseläkkeelle.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, kuinka pitkäaikaishoidon osastolla työskentelevien hoitajien ajankäyttö jakautuu eri toimintoalueiden ja työtehtävien kesken. Opinnäytetyö tehtiin osana Jyväskylän kaupungin ”Uudistuvat Työnkuvat” – hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää pitkäaikaishoidon yksikköön toimintamalli, joka hyödyntää tarkoituksenmukaisesti kaikkien työntekijöiden osaamista huomioiden asiakkaiden tarpeet.

Opinnäytetyö toteutettiin kaksiosaisena, havainnointitutkimuksena ja henkilökunnan itseraportointina. Työllä haettiin vastauksia kysymyksiin:

1. Miten hoitohenkilöstön työaika jakaantuu toiminnoittain työpäivän aikana havainnointitutkimuksessa?
2. Miten hoitajat näkevät työaikansa jakautumisen toiminnoittain itseraportoinnin kautta?

Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää kehitettäessä työn- ja vastuunjakoja niin, että ne parantavat työn houkuttelevuutta, sairaanhoitajien saatavuutta ja henkilökunnan työhyvinvointia sekä työn tehokkuutta.

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

5.1 Kohdejoukko

Kohdejoukoksi valikoitui Jyväskylän kaupungin Keljon neljästä pitkäaikaishoidon osastosta osastot 1 ja 4. Tässä tutkimuksessa haluttiin kartoittaa, kahden ei pilottiosaston työajan jakautuminen päivän aikana, jotta saataisiin käytettäväksi työnluonne kaikista Keljon pitkäaikaishoidon osastoista. Lisäksi tutkimuksen tuloksia hyödynnetään osastojen toiminnan yhdenmukaistamisessa. Työajanseurannan havainnointitutkimuksessa kohdejoukkona olivat ensisijaisesti sairaanhoitajat ja osastojen työajanseurannan itseraportoinnissa kaikki ammattiryhmät.

Molemmilla valituilla osastoilla hoidetaan ikääntyneitä monisairaita henkilöitä, jotka eivät enää kykene asumaan kotona tai palveluasumisessa palveluiden turvin vaan tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa. Hoidettavien keski-ikä on 84 vuotta. Heillä on suuri avun tarve kaikissa päivittäisissä toiminnoissa (peseytymisessä, pukeutumisessa, ruokailussa sekä liikkumisessa).

Pitkäaikaishoidon osastolla 1 on asukkaita 44 (+ 1 joustopaikka) ja heidän käytössään on enimmäkseen yhden hengen huoneita, joissa on oma kylpyhuone. Osasto on jaettu käytävien mukaan kolmeen tiimiin, joista yhteen on sijoitettu infektioasukkaita. Henkilökuntaan kuuluu viisi ja puoli sairaanhoitajaa, 21 lähi- tai perushoitajaa ja kolme ja puoli laitoshuoltajaa, joiden työpanoksesta osa on siivoustyötä. (Taulukko 2.)

Pitkäaikaishoidon osastolla 4 on asukkaita 44 (+ 1 joustopaikka). Yhdessä osaston kolmesta tiimistä hoidetaan kaupungin pitkäaikaishoitoa tarvitsevia kuuroja. Asukkaan käytössä on yhden tai kahden hengen huone, jossa on oma wc-tila. Osastolla on käytössä kaksi kylpyhuonetta, joista toisessa on sauna. Tiimeillä on käytössään oleskelutilaa kolmella alueella asukkaiden yhteisiin hetkiin. Henkilökuntaan kuuluu viisi sairaanhoitajaa, 19 ja puoli perus- tai lähihoitajaa, kaksi kylvettäjä ja neljä laitoshuoltajaa. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Henkilöstömitoitukset osastoittain

	Osasto 1	Osasto 4
Sairaanhoitajia	5,5	5
Lähi- ja perushoitajia	22	19,5
Laitoshuoltajia	3,5	4
Kylvettäjiä	-	2
Yhteensä	31	30,5

Molemmilla osastoilla toiminnan kokonaisvastuu on osastonhoitajalla, joka yhdessä henkilökunnan kanssa huolehtii asukkaiden turvallisesta ja laadukkaasta hoitamisesta. Lääketieteellisestä hoidosta osastoilla vastaa pitkäaikaishoidon apulaisylilääkäri. Toimintaperiaatteisiin kuuluvien asukkaiden toimintakyvyn ylläpitämisestä, voimavarojen lähtöisyydestä ja mahdollisimman hyvästä elämänlaadusta henkilökunnan kanssa yhdessä huolehtivat myös kuntohoitaja ja pitkäaikaishoidon yhteinen viriketoiminnan ohjaaja. Hoitamisessa panostetaan hyvään perushoittoon, sairauksien kokonaisvaltaiseen hoitoon, ympäristön kodinomaisuuteen ja asukkaan arjen pikku iloihin. Näitä toteutetaan yksilövastuisella hoitotyöllä tiimityömallin mukaisesti, jossa jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja ja oma tiimi. Osastoilla toivotaan asukkaiden läheisten osallistuvan hoitoon, esimerkiksi auttamalla ruokailussa, virikkeiden järjestämisessä ja ulkoiluttamisessa. Vierailuaika on vapaa ja läheiset ovat tervetulleita mukaan osaston tapahtumiin ja juhliin.

5.2 Aineiston keruu

Aineiston keruu toteutettiin käyttämällä molemmissa tutkimuksissa pohjana samaa Sari Nurminen ja Miia Pappisen (2011) kehittämistyössään ”Sairaanhoitajan työnkuva Jyväskylän kaupungin pitkäaikaishoidossa ja vammaispalvelussa” suunnittelemaa itseraportointilomaketta. Alkuperäiseen lomakkeeseen oli jo tehty muutoksia, täyt-

töohjeistuksia oli täydennetty, ja osastokohtaiseen hoitotyöhön oli lisätty ateriahuolto projektityöryhmän toimesta ennen kahden pilottiosaston työajanseurantaa. Pilot-tiosastojen työajanseurannan perusteella lomaketta vielä muokattiin havainnointitutkimukseen avaten välittömän hoitotyön perushoito- ja ohjaus seitsemään tarkempaan alaosiin, jotta saataisiin tarkempi työajanjakautuma (liite 1) näkyviin. Nämä seitsemän alaosiota ovat: hygienia, WC-käynnit, asentohoito, siirto, ruokailu, lääkkeet ja muut.

Havainnointitutkimuksen tarkoituksena oli seurata ulkopuolisen havainnoijan silmin työpäivän ajankäytön jakautuminen. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2005, 201) täsmentävät, että ulkopuolinen havainnoija näkee toiminnan totuudenmukaisesti. Itse-raportoinnin vaarana heidän mukaansa on mahdollinen henkilökunnan toiminnan kaunisteleminen tai totuuden väärentäminen työajan seurannassa. Kun työajanseuranta toteutetaan molemmilla tavoilla Keljon pitkäaikaisosastoilla 1 ja 4, saadaan tietoa monipuolisemmin työajan jakautumisesta.

Molemmissa tavoissa työajanseurantaohjeistus oli samanlainen, rasti laitettiin siihen kohtaa mitä työntekijä kulloinkin oli ensisijaisesti tekemässä kyseisellä ajanjaksolla. Havainnoijilla ja hoitajilla oli apuna molemmilla kerroilla lomakkeen seliteosio, jossa kaikki lomakkeen kohdat oli selitetty tarkoituksellisesti auki (liite 2). Seliteosiossa oli tarkasti kuvattu, mikä työtehtävä kuuluu mihinkin laatikkoon, esimerkiksi sairaanhoito: erilaiset tutkimukset ja toimenpiteet kuten pistokset, korvahuuhtelut/korvien tarkastukset, haavahoidot, kesto/kertakatetroinnit. Vallin (2007, 108) mukaan kyselyn onnistumisen kannalta tärkeäksi tekijäksi muodostuu tutkimuksen instruktio eli vastausohje. Ohjeet tulee olla kaikille vastaajille samassa muodossa ja hyvinkin tarkat, kuitenkin niiden tulee olla lyhyet ja napakat.

Havainnointitutkimuksen toteuttaminen

Ensimmäisenä osana opinnäytetyön kokonaisvaltaista työajan seurantatutkimusta ”Uudistuvat Työnkuvat” – hankkeen osalta suoritettiin havainnointitutkimus Keljon pitkäaikaisosastoilla 1 ja 4. Tämän toteuttivat viisi Gerontologisen hoitotyön täydennyskoulutuksessa olevaa Jyväskylän kaupungin pitkäaikaishoidon sairaanhoitajaa. Havainnointi valittiin tiedonkeruun menetelmäksi, jotta saataisiin paljon tietoa lyhyessä ajassa sen haasteellisuudesta huolimatta.

Havainnoija toimi osallistuvana havainnoijana. Osallistuva havainnoija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa ja tarvittaessa esittää heille kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2005, 205–206). Metsämuurosen (2000, 44–45) mielestä havainnointi ilman osallistumista on järkevintä tutkittaessa työyhteisöä. Näin havainnoija ei samaistu tutkittavaan yhteisöön vaan pitää itsellään selvän havainnoijan roolin. Tarvittaessa havainnoija joutui kysymään havainnoiltavilta mitä he ovat tekemässä, jos hän ei pystynyt päättämään asiaa itse. Näin ollen aika ajoin havainnoitavat konkreettisesti havahtuivat havainnoinnin todellisuuteen. Grönforsin (2007, 157) mukaan tällainen havainnoijan ”näkömätön” rooli mahdollistaa totuudenmukaisen tuloksen, koska tilapäinen läsnäolo tai täydellinen osallistuminen voi muuttaa havainnoitavien käyttäytymistä. Hirsjärvi ym. (2005, 206) täsmentävät, että havainnoijan tulee pitää erillään havainnot ja omat tulkintansa näistä havainnoista. Tutkittaville tulisi kertoa havainnoijan olevan vain havaintojen tekijä ryhmässä ja pyrkiä luomaan hyvät suhteet tutkittaviin.

Jotta työtehtävien tulkitsemisvirheiden marginaali pienenisi, havainnointiin osallistui viidestä sairaanhoitajasta kaksi, joista opinnäytetyöntekijä oli toinen. Käytettävää lomaketta käytiin koe testaamassa yhtäaikaaisesti molempien havainnoitsijoiden toimesta molemmilla valituilla osastoilla ennen varsinaista havainnointiviikkoa. Yhtenäisyys koehavainnoinnissa oli yli 90 %, joten tulos voitiin todeta luotettavaksi.

Varsinainen havainnointi suoritettiin 2012 viikolla 39 maanantaista perjantaihin samoissa valituissa vuoroissa: kolme ennalta valittua aamuvuoroa ja kaksi ennalta valittua iltavuoroa. Havainnointiaika osastolla päivää kohden määräytyi hoitajien työvuoron pituuden mukaisesti. Työvuoron aikana havainnoitiin neljää hoitajaa. Työvuorossa olevat sairaanhoitajat valikoituivat aina automaattisesti mukaan, koska ensisijaisesti pyrittiin seuraamaan heidän työajankäyttöä. Loput havainnoitavat arvottiin työvuorossa olleiden lähihoitajien keskuudesta riippuen sairaanhoitajien määrästä.

Havainnointi tapahtui kymmenen minuutin sykleissä, alkaen aina samasta pisteestä ja samaa reittiä noudattaen. Valituilla hoitajilla oli hihassaan kirjainlappu (A, B, C tai D), josta havainnoijan oli hänet helppo tunnistaa. Jokaisella hoitajalla oli kirjainta vastaava työajanseurantalomake, johon havainnoija merkitsi rastin kohtaamisen hetkellä tapahtuvaan työtehtäväsarakeeseen (esim. vuodepesut = rasti perushoito- ja oh-

jaus: hygienia). Havainnoijalla oli havainnointipäivän aikana yksi puolen tunnin tauko, jonka hän vietti poissa havainnoitavalta osastolta. Tauko ajoittui eri aikoihin seuranta-päivien aikana, jotta saataisiin kaikenkattava seurantatuloks.

Itseraportoiden tapahtuva työajan seurannan toteuttaminen

Toisessa osassa samoilla Keljon pitkäaikaisosastoilla 1 ja 4 työntekijät suorittivat työajan seurannan itseraportoinnin, jossa työntekijät itse täyttivät samaa havainnointitutkimuksessa käytettyä toimintolomaketta. Lomakkeet toimitettiin osastoille hankkeen vetäjän toimesta, joka kävi keräämässä ne osastoilta seuranta-ajan jälkeen. Seuranta-aika oli 31.12.2012 – 13.1.2013 välisenä aikana. Kyseisen kahden viikon aikana jokaisen työntekijän tuli täyttää lomake viiden työvuoron aikana.

Itseraportointi- ja havainnointilomakkeissa erona oli seuranta-ajan pituus minuuteissa, itseraportoinnissa hoitajat arvioivat työaikaansa 15 minuutin sykleissä. Itsenäiseen työajan seurantaan osallistuivat kaikki kyseisenä ajankohtana työvuorossa olleet hoitohenkilöstö (sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat ja laitoshuoltajat).

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksessa tarkasteltiin työajankäytön jakautumista eri toimintojen kesken. Toiminnot jakautuivat välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen työhön, henkilökohtaiseen aikaan ja ei nähtävissä toimintoon. Jokainen pääosio oli vielä jakautunut pienempiin alaosioiden, jotka tarkemmin kuvastivat tapahtuvaa työtehtävää. Liitteessä 1 on esitetty yksityiskohtaisemmin kaikki toimintoluokat ja niiden selitteet. Taulukossa 3 on esitetty toimintoluokat.

1. Välitön hoitotyö on hoitotyön toimintoja, jotka tehdään asukkaan ja/tai omaisen läsnä ollessa. Perushoito- ja ohjaus alaosio oli vielä selvennykseksi pilkottu tarkempiin osioihin. (Taulukko 3.)
2. Välillinen hoitotyö pitää sisällään kaikki toiminnot, jotka tehdään asukkaiden välittömän hoitotyön valmistelua ja loppuunsaattamista varten. (Taulukko 2.)
3. Osastokohtaiseen työhön sisältyy kaikki osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot ja tehtävät. (Taulukko 3.)

4. Henkilökohtainen aika pitää sisällään henkilökohtaiset toiminnot, jotka eivät liity asukkaaseen tai osasto/yksikkökohtaiseen työhön. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Hoitotyön toimintoluokat

1. Välitön hoitotyö	2. Väillinen hoitotyö	3. Osastokohtainen hoitotyö	4. Henkilökohtainen aika
1.1 Perushoito- ja ohjaus	2.1 Hoitotyön kirjaiminen	3.1 Kodinhoidolliset työt ja siivoaminen	4.1 Henkilökohtaiset asiat/tauot (ruokatauko)
1.1.1 Hygienia (pukeutuminen, peseytyminen)	2.2 Hoitotyön raportointi	3.2 Ateriahuolto (ruoan jakaminen)	4.2 Muu (toiminnot, joita ei osaa sijoittaa muualle)
1.1.2 WC-käynnit	2.3 Asiakastyöhön liittyvä kommunikaatio (lääkärierrot)	3.3 Pyykki- ja vaatehuolto (vuodevaatteiden vaihto)	
1.1.3 Asentohoito (kääntäminen)	2.4 Lääkehoito (lääkityksen tarkistaminen)	3.4 Toimistotyö (hoito-ohjeiden tekeminen, sijaisten hankinta)	
1.1.4 Ruokailu (syöttäminen)	2.5 Kuljetus, odottelu ja etsiminen (näytteiden vienti)	3.5 Osastokommunikaatio (työhön liittyvät keskustelut)	
1.1.5 Lääkkeet (lääkkeiden antaminen)		3.6 Kokoukset ja koulutukset/tiedonvaihto (työkaverin ohjaus)	
1.1.6 Muu (vainajanlaitto)		3.7 Opiskelijajohtaus	
1.2 Sairaanhoido (pistokset, haavanhoito)		3.8 Välineet, varastojen tarkastus/täydennyt (verensokerimittarin kalibrointi)	
1.3 Aktiviteetit ja virke-toiminta (apuvälineiden hankinta)			
1.4 Voinnintarkkailu (oireiden seuranta)			
1.5 Yhteistyö omaisten kanssa			
1.6 Siirtäminen ja kuljettaminen (vienti toiselle osastolle)			
1.7 Tulo- ja lähtötilanne			

Havainnointitutkimuksen lomakkeissa oli lisänä, ei nähtävissä -kohta, jota käytettiin silloin, kun havainnointikierroksella ei löydetty hoitajaa etsinnöistä huolimatta.

Havainnointitutkimuksen jälkeen lomakkeet jaettiin osastoittain kahteen pinoon, sairaanhoitajiin ja lähi- ja perushoitajiin. Havainnoijat kävivät kaikki havainnointilomakkeet yksitellen lävitse ja tarkistivat merkintöjen oikeellisuuden. Lomakkeista tarkastettiin kohdat, joissa havainnoija ei ollut täysin varma mihin merkintä sijoitetaan ja yhdessä pohdittiin, mihin työtehtävä kohtaan merkintä kuuluisi. Molemmat havainnoijat olivat tehneet lisäselityksiä merkinnöille, jotta sijoittaminen olisi helpompaa.

Palautuneet itseraportointilomakkeet jaettiin kolmeen ryhmään, sairaanhoitajiin, lähi- ja perushoitajiin sekä laitoshuoltajiin. Näistä lomakkeista tarkastettiin ensin taustatiedot ja seuraavaksi tarkastettiin rastien ja ilmoitetun työajan yhteenpitävyys. Tämän johdosta hoitajien lomakkeita jouduttiin hylkäämään 4 % liian suuren eroavaisuuden rastien ja työajan välillä tai ammattinimikkeen puuttumisen vuoksi. Lomakkeissa olevaa yhden rastin poikkeavuutta (käytännössä 15 minuutin) ei hylätty, koska hylkäämisprosentti olisi noussut liian suureksi ja 15 minuutin heitto ei olennaisesti vaikuta tutkimustulokseen. Muutamassa lomakkeessa oli merkitty RAI-arviointien tekeminen ”Muu” kohtaan ja näin ollen rasti siirrettiin oikeaan paikkaan välilliseen hoitotyöhön: kirjaaminen.

Ensin havainnointi- ja itseraportointitutkimusten lomakkeista laskettiin yhteen jokaisen toimintokohdan minuuttiajat. Havainnointitutkimuksessa yksi merkintä vastasi 10 minuuttia, kaksi merkintää vastasi 20 minuuttia ja niin edelleen. Itseraportointilomakkeissa yksi merkintä vastasi 15 minuuttia. Seuraavaksi lomakkeet jaettiin hoitajaryhmittäin aamu- ja iltavuoroihin. Tämän jälkeen minuuttilukemat vietiin Excel-taulukkoon jokaiselle havainnoitavalle varattuun omaan kohtaan. Excel-taulukko oli laadittu yhteneväiseksi työajanseurantalomakkeen kanssa.

Excel-taulukkolaskentaohjelmaa hyväksikäyttäen laskettiin kaikista toiminnoista yhteissummat ja prosenttiosuudet toimintokohdittain. Tulosten esittämisessä käytetään kuvioita. Olen jättänyt pois kuvioista nollatuloksia tai tuloksia, joilla ei ole suurta tutkimusmerkitystä yhteenvedon kannalta. Kuvioissa tulokset esitetään ammatti-

ryhmittäin, osastoittain ja toimintokohdittain. Tutkimustuloksia esitettäessä käytän jatkossa selvyiden vuoksi lähi- ja perushoitajista vain nimikettä lähihoitajat.

6 Tutkimustulokset

6.1 Taustatiedot

Havainnointilomakkeita kertyi 40 kappaletta, joista lähihoitajien osuus oli 67,5 %. Sairaanhoitajien osuus prosentuaalisesti kussakin työvuoroissa oli pienempi, koska havainnointiviikolla sairaanhoitajia osastoilla oli vähemmän. Osastolla 1 aamuvuorossa sairaanhoitajia oli 41 % ja osastolla neljä 33,3 % työntekijöistä. Iltavuoroissa molemmilla osastoilla sairaanhoitajia oli 25 % työvuorossa olleista. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Havainnointilomakkeiden (N=40) jakautuminen työvuoroittain ammattiryhmiin ja osastoihin lukumäärinä (N) ja prosentteina (%)

Ammattiryhmä	Osasto 1 aamu- vuorot n (%)	Osasto 1 ilta- vuorot n (%)	Osasto 4 aamu- vuorot n (%)	Osasto 4 ilta- vuorot n (%)	Yhteensä aamu- vuorot n (%)	Yhteensä ilta- vuorot n (%)	Yhteensä n (%)
Sairaanhoitajat	5 (41,7)	2 (25,0)	4 (33,3)	2 (25,0)	9 (37,5)	4 (25,0)	13 (32,5)
Lähihoitajat	7 (58,3)	6 (75,0)	8 (66,7)	6 (75,0)	15 (62,5)	12 (75,0)	27 (67,5)
Yhteensä	12 (100)	8 (100)	12 (100)	8 (100)	24 (100)	16 (100)	40 (100)

Itseraportoinnin työajanseurantalomakkeita palautui yhteensä 317 lomaketta. Näistä sairaanhoitajien osalta palautui 57 lomaketta (18 %), lähihoitajien osalta 223 loma-

ketta (70 %) ja laitoshuoltajien osalta 37 lomaketta (12 %). Osastolta 1 palautui kokonaisuudessaan 141 lomaketta. Sairaanhoitajat palauttivat 28 lomaketta (20 %), lähihoitajat 100 lomaketta (71 %) ja laitoshuoltajat 13 lomaketta (9 %). Osastolta 4 palautui 176 lomaketta. Sairaanhoitajat palauttivat 29 lomaketta (16,5 %), lähihoitajat 123 lomaketta (70 %) ja laitoshuoltajat 24 lomaketta (13,5 %). (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Itseraportointilomakkeiden (N=317) jakautuminen ammattiryhmiin ja osastoihin lukumäärinä (N) ja prosentteina (%)

Ammattiryhmä	Osasto 1 n (%)	Osasto 4 n (%)	Yhteensä n (%)
Sairaanhoitajat	28 (20,0)	29 (16,5)	57 (18,0)
Lähihoitajat	100 (71,0)	123 (70,0)	223 (70,0)
Laitoshuoltajat	13 (9,0)	24 (13,5)	37 (12,0)
Yhteensä	141 (100)	176 (100)	317 (100)

6.2 Henkilökunnan työaika

Havainnointitutkimuksen mukaan lähihoitajat tekivät molemmilla osastoilla yhtä pitkiä aamu- ja iltavuoroja. Sairaanhoitajien aamuvuorot osastolla 4 olivat hieman lyhyemmät kuin osastolla 1, jotka työskentelivät hieman yli 8 tunnin aamuvuoroja. Osastolla 1 työpäivän pituuteen vaikutti sairaanhoitajien osastokohtainen palaveri. Iltavuoro oli yhtä pitkä molempien osastojen sairaanhoitajilla. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Havainointitutkimuksen työajan pituudet (h) jaoteltuna ammattiryhmiin ja osastoittain

Ammattiryhmä	Arkiaamu	Arki-ilta
Sairaanhoitajat os. 1	8 h 20 min	8 h
Sairaanhoitajat os. 4	7,5 h	8 h
Lähihoitajat os. 1	7 h 45min	8 h
Lähihoitajat os. 4	7 h 45 min	8 h

Itseraportoinnissa sairaanhoitajat työskentelivät molemmilla osastoilla yhtä pitkiä työvuoroja arkivuorossa ja viikonloppuaamussa. Osastolla 4 viikonloppuilta oli puoli tuntia pitempi kuin osasto yhden 8 tunnin iltavuoro. Lähihoitajat työskentelivät keskimäärin 7,5 tuntia aamuvuoroissa ja iltavuoroissa 8 tuntia niin arkena kuin viikonloppuisin. Yövuorot olivat 10 tuntia. Osastolla 1 lähihoitajilla on käytössä välivuoro, vuoro, jossa työskennellään osittain aamu- ja iltavuorossa. Tämä työvuoro oli aina 8 tunnin mittainen. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Itseraportoinnin työajan pituudet jaoteltuna ammattiryhmiin ja osastoittain

Ammattiryhmä	Arki-aamu (h)	Arki-ilta (h)	Vkonl aamu (h)	Vkonl ilta (h)	Väli-vuoro (h)	Yövuoro (h)
Sairaanhoitaja os. 1	7-7,5	8	7-7,5	8	-	-
Sairaanhoitaja os. 4	7-7,5	8	7-7,5	8,5	-	-
Lähihoitaja os. 1	7,5	8	7,5	8	8	10
Lähihoitaja os. 4	7,5	8	7,5	8	-	10
Laitoshuoltaja os. 1	7,5	-	7,5	-	-	-
Laitoshuoltaja os. 4	7	8	8	8	-	-

vknl = viikonloppu

Eroavaisuutena havainnointitutkimukseen laitoshuoltajat olivat mukana itseraportoinnin työajanseurannassa. Osastolla 1 laitoshuoltajat työskentelivät ainoastaan aamuvuoroissa, keskimäärin 7,5 tuntia vuorossaan, niin arkena kuin viikonloppuna. Osastolla 4 laitoshuoltajat työskentelivät sekä aamu- että iltavuoroissa. Arkiaamuina työvuoron keskimääräinen pituus oli 7 tuntia, kun muissa työvuoroissa työaika oli 8 tuntia. (Taulukko 7.)

6.3 Työajan jakautuminen havainnointitutkimuksessa

Henkilökunnan työajan jakautuminen päätoimintoluokittain (välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, osastokohtainen hoitotyö ja henkilökohtainen aika) kuvataan taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Havainnointitutkimuksen kokonaistyöajan prosentuaalinen (%) jakautuminen toimintoluokkiin ammattiryhmiin ja osastoihin

Ammattiryhmä	Välitön hoitotyö	Välillinen hoitotyö	Osastokohtainen hoitotyö	Henkilökohtainen aika	Ei nähtävissä
	aamu (ilta) %	aamu (ilta) %	aamu (ilta) %	aamu (ilta) %	aamu (ilta) %
Sairaanhoitajat osasto 1	31,0 (56,4)	25,2 (17,0)	34,5 (18,1)	9,3 (8,5)	0 (0)
Sairaanhoitajat osasto 4	33,7 (42,2)	35,0 (38,9)	22,0 (11,1)	8,7 (7,8)	0,6 (0)
Lähihoitajat osasto 1	54,0 (49,0)	18,0 (16,0)	21,0 (23,0)	7,0 (12,0)	0 (0)
Lähihoitajat osasto 4	49,0 (51,0)	21,0 (21,0)	15,0 (13,0)	14,0 (14,0)	1,0 (0)

Taulukosta 8 nähdään, että havainnointitutkimuksessa työpäivän työaika jakaantui ammattiryhmittäin prosentuaalisesti samansuuntaisesti molemmilla osastoilla niin

aamu- kuin iltavuoroissa, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. Molemmilla osastoilla sairaanhoitajilla oli aamuvuorossa kolmasosa ja iltavuorossa noin puolet työajasta välitöntä hoitotyötä. Osastolla 4 sairaanhoitajat käyttivät reilun kolmanneksen työajasta välilliseen hoitotyöhön. Osastolla 1 sairaanhoitajilta kului kolmannes aamuvuoron ja neljännes iltavuoron työajasta osastokohtaisten hoitotöiden parissa.

Molempien osastojen lähihoitajilla melkein puolet työpäivästä niin aamu- kuin iltavuorossa oli välitöntä hoitotyötä. Osastolla 1 lähihoitajat käyttivät toiseksi eniten aikaa osastokohtaiseen hoitotyöhön. Kolmanneksi eniten aikaa kului välilliseen hoitotyöhön. Osastolla 4 lähihoitajat käyttivät neljänneksen työajasta välilliseen hoitotyöhön. Osastokohtaiseen hoitotyöhön käytettiin kolmanneksi eniten työaikaa. (Taulukko 8.)

Henkilökohtaisen ajan osuus kokonaistyöajasta oli suuri molempien ammattiryhmien edustajilla molemmilla osastoilla. Henkilökohtaiseen aikaan kului sairaanhoitajilta työajasta keskimäärin 40 minuuttia aamuvuorossa ja 30 minuuttia iltavuorossa. Osastolla 4 lähihoitajat käyttivät henkilökohtaiseen aikaan 20–80 minuuttia aamuvuoroissa ja 50–80 minuuttia iltavuoroissa. Vastaavasti osastolla 1 henkilökohtaiseen aikaan kului 20–40 minuuttia aamuvuorossa ja 20–50 minuuttia iltavuorossa työajasta. (Taulukko 8.)

6.4 Työajan jakautuminen itseraportoinnissa

Itseraportoinnin työajanseurannassa työaika jakautui osittain samansuuntaisesti molemmilla osastoilla, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. Molemmilla osastoilla sairaanhoitajat käyttivät eniten työajastaan välittömään hoitotyöhön, osastolla 1 vähintään puolet tai enemmän ja osastolla 4 yli puolet työajasta. Välilliseen hoitotyöhön osastolla 1 sairaanhoitajilta kului enemmän aikaa arkisin kuin viikonloppuisin. Osasto 4 sairaanhoitajien ajankäyttö välillisessä hoitotyössä oli yhtä suurta riippumatta työvuorosta. Osasto 1:n sairaanhoitajilta kului lähes neljännes työajasta osastokohtaiseen hoitotyöhön, paitsi viikonloppuilla. Henkilökohtaiseen aikaan sairaanhoitajat molemmilta osastoilta käyttivät työvuorosta riippumatta keskimäärin 30 minuuttia. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Itseraportoinnin kokonaistyöajan prosentuaalinen (%) jakautuminen toimintoluokkiin ammattiryhmiin ja osastoihin

	Sairaan- hoitajat osasto 1	Sairaan- hoitajat osasto 4	Lähihoitajat osasto 1	Lähihoitajat osasto 4	Laitos- huoltajat osasto 1	Laitos- huoltajat osasto 4
Välitön hoito- työ aamuvuoro arki/ viikon- loppu	49,7 / 70,9	67,7 / 73,5	62,6 / 68,7	68,2 / 71,4	1,8 / 0	14,8 / 9,4
Välitön hoito- työ iltavuoro arki/ viikon- loppu	64,0 / 78,4	66,1 / 68,6	68,5 / 64,3	68,0 / 74,3	0 / 0	17,7 / 15,1
Välitön hoito- työ välivuoro / yövuoro	-	-	53,2 / 64,6	- / 74,2	-	-
Välillinen hoi- totyö aamuvuo- ro arki/ viikon- loppu	27,6 / 8,1	18,3 / 18,4	11,3 / 9,6	12,7 / 16,7	0 / 0	0 / 0,8
Välillinen hoi- totyö iltavuoro arki/ viikon- loppu	17,1 / 10,8	24 / 22,9	11,1 / 12,9	19,4 / 17,6	0 / 0	0 / 0
Välillinen hoi- totyö välivuoro / yövuoro	-	-	6,4 / 13,6	- / 12,6	-	-
Osastokohtai- nen hoitotyö aamuvuoro arki/ viikon- loppu	17,5 / 16,3	8,5 / 1,2	19,5 / 15,7	11,9 / 4,3	91,7 / 94,6	78,3 / 83,6
Osastokohtai- nen hoitotyö iltavuoro arki/ viikonloppu	13,2 / 6,2	3,9 / 2,9	14,5 / 16,5	5,8 / 1,6	0 / 0	76,0 / 78,8
Osastokohtai- nen hoitotyö välivuoro / yövuoro	-	-	34,5 / 17,1	- / 5,6	-	-
Henkilö- kohtainen aika aamuvuoro arki/ viikon- loppu	5,2 / 4,7	5,5 / 6,9	6,6 / 6	7,2 / 7,6	6,5 / 5,4	6,9 / 6,2
Henkilö- kohtainen aika iltavuoro arki/ viikonloppu	5,7 / 4,6	6,2 / 5,7	5,9 / 6,3	6,8 / 6,5	0 / 0	6,3 / 6,1
Henkilö- kohtainen aika välivuoro / yövuoro	-	-	5,9 / 4,7	- / 7,6	-	-

Lähihoitajilla työajanjakautumassa on mukana sekä yövuoro että osasto yhden välivuoro. Molemmilla osastoilla lähihoitajilta kului yli puolet työajasta välittömään hoitotyöhön. Osastolla 1 lähihoitajilla kului seuraavaksi eniten osastokohtaiseen hoitotyöhön, yövuorossa reilu kolmannes (34,5 %) työajasta. Osastolla 4 lähihoitajat käyttivät toiseksi eniten aikaa eli kolmanneksen välilliseen hoitotyöhön. Henkilökohtainen ajankäyttö on jokaisessa vuorossa samansuuruista, keskimäärin 30 minuuttia. (Taulukko 9.)

Taulukosta 9 nähdään, että molempien osastojen laitoshuoltajilta melkein koko työaika koostui osastokohtaisesta hoitotyöstä. Osasto 4:n laitoshuoltajilla oli reilu kolmannes työajasta myös välitöntä hoitotyötä. Molemmilla osastoilla kului henkilökohtaiseen aikaan keskimäärin 30 minuuttia työvuorossaan.

6.5 Välittömän hoitotyön jakautuminen havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Välitön hoitotyö sisältää toiminnot, jotka tehdään asukkaan ja/tai omaisen läsnä ollessa (liite 1). Tämä osio jaetaan seitsemään pienempään osioon: perushoito- ja ohjaus, sairaanhoito, aktiviteetit ja viriketoiminta, voinnin tarkkailu, yhteistyö omaisten kanssa, siirtäminen ja kuljettaminen sekä tulo- ja lähtötilanne. Näistä osioista perushoito- ja ohjaus jaetaan edelleen seitsemään pienempään alaosaan, jotka ovat hygienia, WC-käynnit, asentohoito, siirto, ruokailu, lääkkeet ja muu. Havainnollistan tutkimuksen tärkeimpiä tuloksia kuvioilla. Havainnointitutkimuksen kaikki välittömän hoitotyön tulokset löytyvät liitteestä 3 ja itseraportoinnin tulokset liitteestä 4.

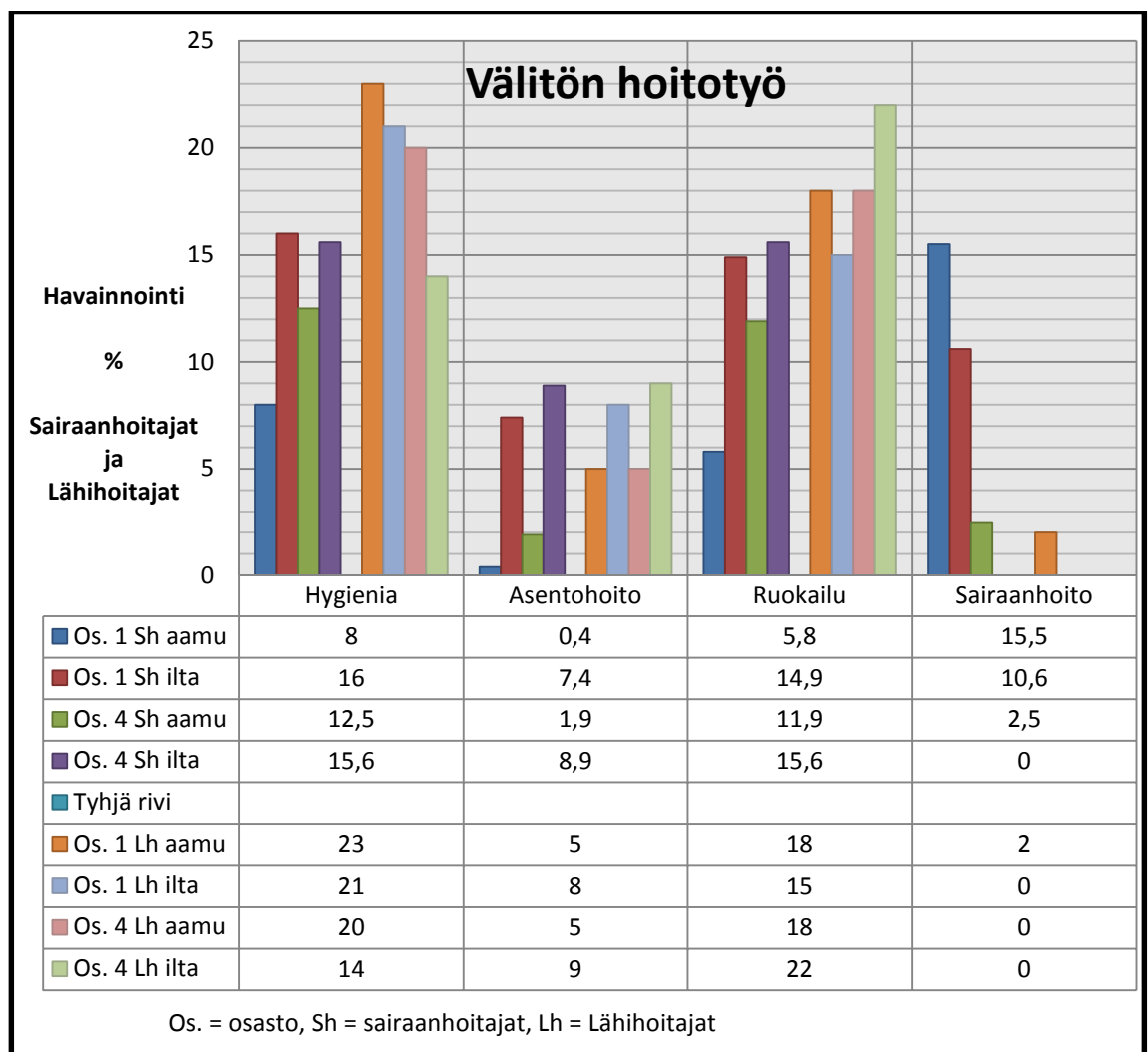
Välittömän hoitotyön jakautuminen havainnointitutkimuksessa

Havainnointitutkimuksessa molempien osastojen sairaanhoitajat käyttivät aamuvuorossa eniten aikaa perushoitoon- ja ohjaukseen, osastolla 1 viidenneksen ja osastolla 4 neljänneksen työajasta. Kuviosta 1 nähdään, että perushoito- ja ohjauksessa eniten aikaa käytettiin hygieniasta ja ruokailusta huolehtimiseen. Iltavuoroissa perushoito- ja ohjaukseen käytettiin enemmän aikaa kuin aamuvuorossa, melkein puolet työajas-

ta. Iltavuoron välittömässä hoitotyössä suurin osa ajasta meni hygieniasta ja ruokailusta huolehtimiseen.

Osastolla 1 työajasta käytettiin paljon aikaa sairaanhoitoon niin aamu- kuin iltavuorossa. Työajasta eniten aikaa käytettiin hygieniasta ja ruokailusta huolehtimiseen.

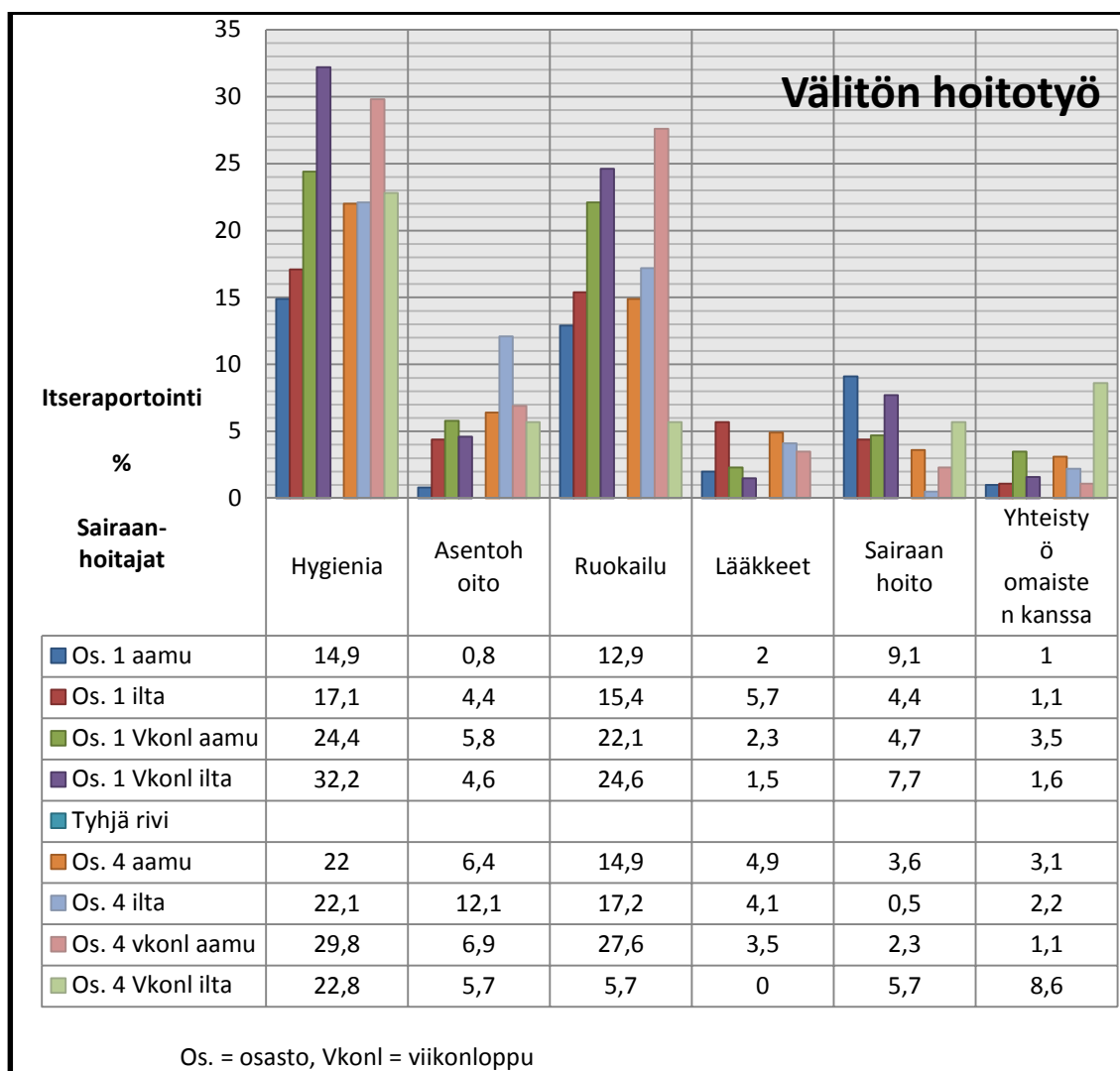
Molemmilla osastoilla oli iltavuoroissa havaittavissa hieman enemmän näkyvästi suoritettavaa asentohoitoa, nukkuma- ja yöasentoon asettelua.



Kuvio 1. Havainnoinnissa sairaanhoitajien ja lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön

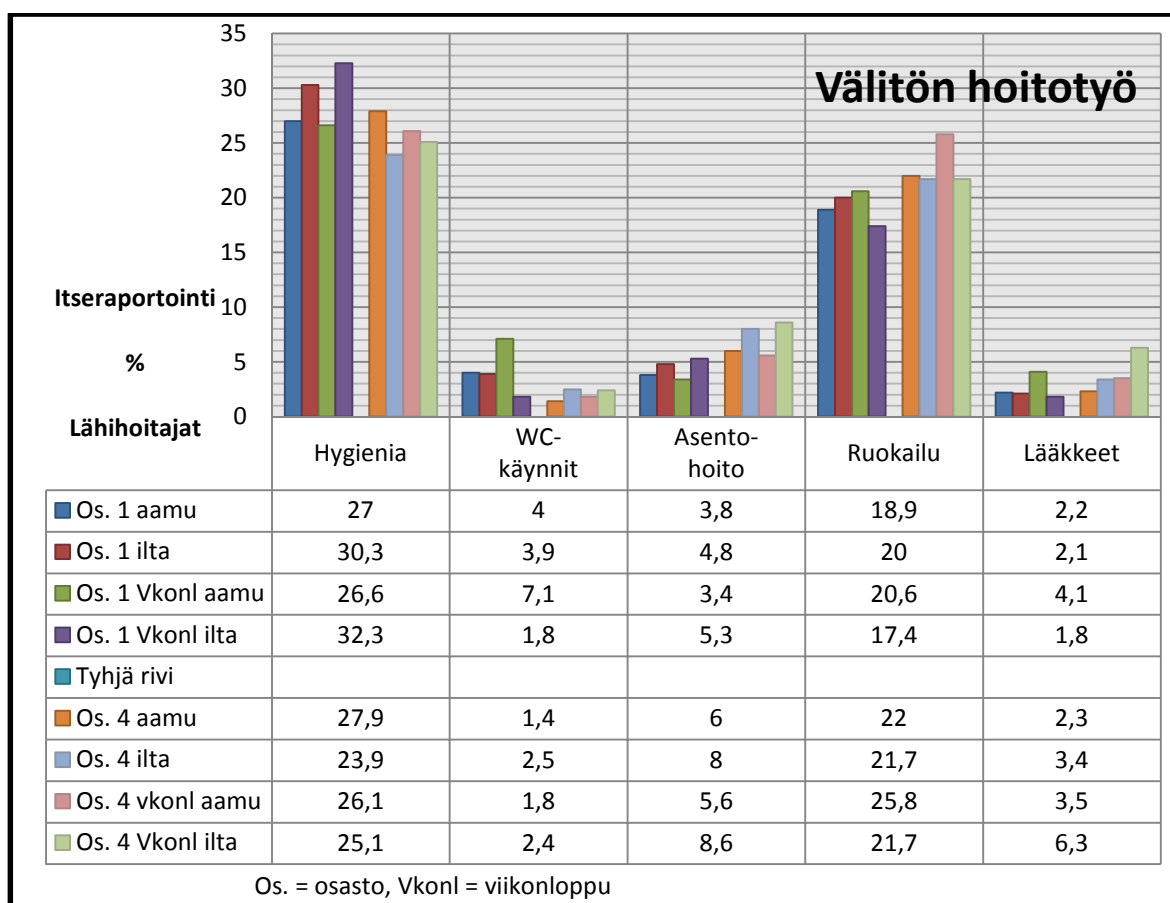
Välittömän hoitotyön jakautuminen itseraportoinnissa

Itseraportoinnissa molempien osastojen sairaanhoitajat käyttivät yli puolet työajasta perushoito- ja ohjaukseen. Kuviosta 2 on nähtävissä, että välittömään hoitotyöhön käytetty aika jakautui tasaisesti hygieniasta ja ruokailusta huolehtimiseen. Viikonloppuisin niihin käytettiin enemmän työaika kuin arkena, hygieniaan kolmannes ja ruokailuun neljännes työajasta. Poikkeuksena oli osasto 4:n viikonloppuilla, jolloin sairaanhoitajat käyttivät kolmanneksen (14,3 %) työajasta asiakkaiden siirtoihin. Osasto 1:n sairaanhoitajilla oli myös paljon sairaanhoitoa.



Kuvio 2. Itseraportoinnissa sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön

Lähihoitajat käyttivät yli puolet työajasta välittömän hoitotyön osiossa perushoito- ja ohjaukseen. Kolmannes työajasta kului hygieniasta ja neljännes ruokailusta huolehtimiseen. Osastolla 4 lähihoitajilla oli enemmän asentohoitoa kaikissa vuoroissa. Toisaalta osastolla 1 oli enemmän asukkaita, joita avustettiin WC:hen. Molemmilla osastoilla lääkkeitä huolehtimiseen kului tasaisesti työaikaa vuoroissa, poikkeuksena osasto 4:n viikonloppuilta. Muihin välittömän hoitotyön osa-alueisiin käytettiin 5-20 minuuttia työajasta tai ei lainkaan. (Kuvio 3.)

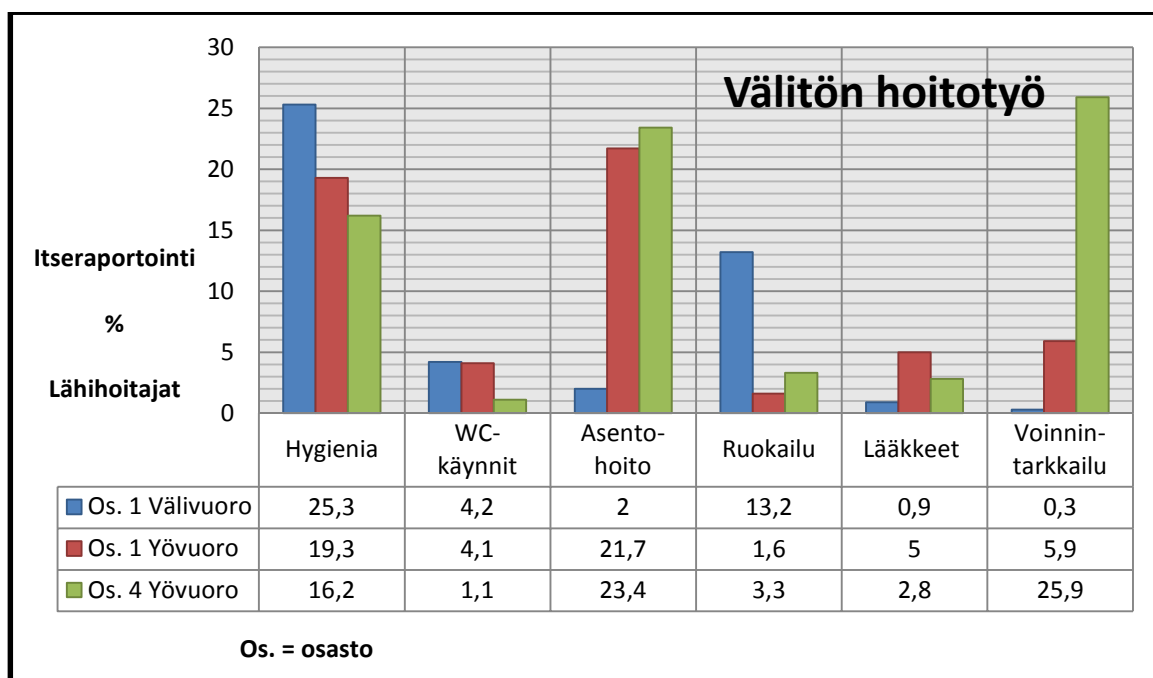


Kuvio 3. Itseraportoinnissa lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön

Itseraportoinnissa lähihoitajilla oli mukana yövuorot ja osasto 1:n käytössä oleva välivuoro. Osastolla 1 välivuorossa perushoito- ja ohjaukseen meni puolet työajasta. Kuviosta 4 voidaan havaita, että käytetty aika jakaantui samansuuntaisesti kuin muissa vuoroissa. Neljäsosa ajasta kului hygieniasta ja hieman alle kuudennes ruokailusta

huolehtimiseen. Välivuorossa käytettiin yhtä paljon aikaa WC-käynneistä huolehtimiseen kuin siirtoihin.

Yövuoroissa työajasta kului lähes tai yli puolet perushoito- ja ohjaukseen. Kuviosta 4 voidaan lukea, että molemmilla osastoilla kului viidennes työajasta hygieniasta huolehtimiseen ja asentohoitoon. Osastolla 4 oli neljännes yövuorosta voinnintarkkailua. Osastolla 1 oli enemmän asukkaiden avustamista WC:hen. Molemmilla osastoilla asukkaita lääkittiin yöaikaan sekä osastolla 4 asukkaille tarvittaessa annettiin yöpala.



Kuvio 4. Itseraportoinnissa lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön väli- ja yövuorossa

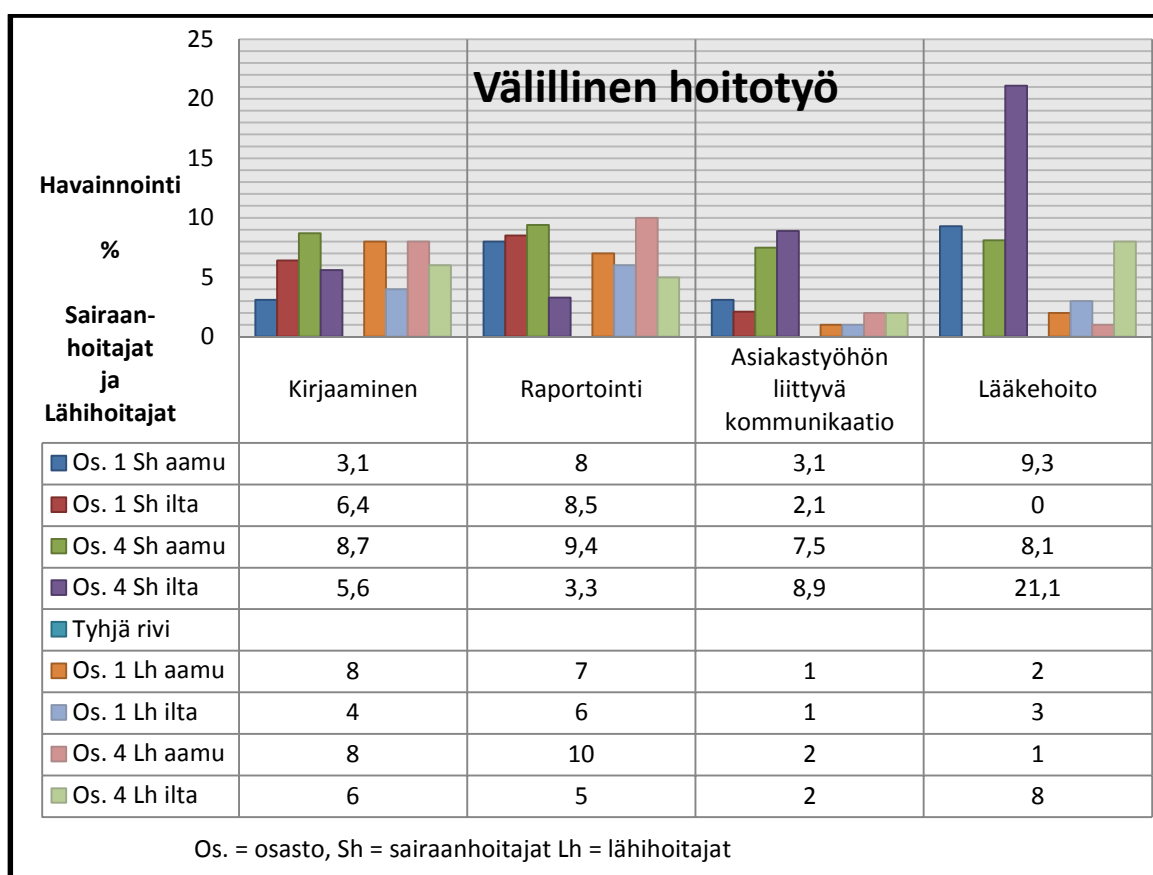
6.6 Välillisen hoitotyön jakautuminen havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Välillinen hoitotyö pitää sisällään toimintoja (liite 1), jotka tehdään asukkaiden välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten. Välillinen hoitotyö jakaantuu viiteen osioon. Nämä ovat hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi, asiakastyöhön liittyvä kommunikointi ja lääkehoito sekä kuljetus, odottelu ja etsimi-

nen. Havainnointitutkimuksen kaikki välillisen hoitotyön tulokset löytyvät liitteestä 3 ja itseraportoinnin tulokset liitteestä 5.

Välillisen hoitotyön jakautuminen havainnointitutkimuksessa

Välillisessä hoitotyössä sairaanhoitajien työaika kului vaihtelevasti osastoittain. Osastolla 1 käytettiin eniten aikaa aamuvuoroissa lääkehoitoon ja raportointiin. Iltavuoroissa vastaavasti eniten aikaa kului raportointiin ja kirjaamiseen. Osastolla 4 työaika jakautui tasaisesti aamuvuorossa välillisten töiden kesken. Eroavaisuutena oli iltavuoro, jossa lääkehoitoa oli viidennes työajasta. (Kuvio 5.)



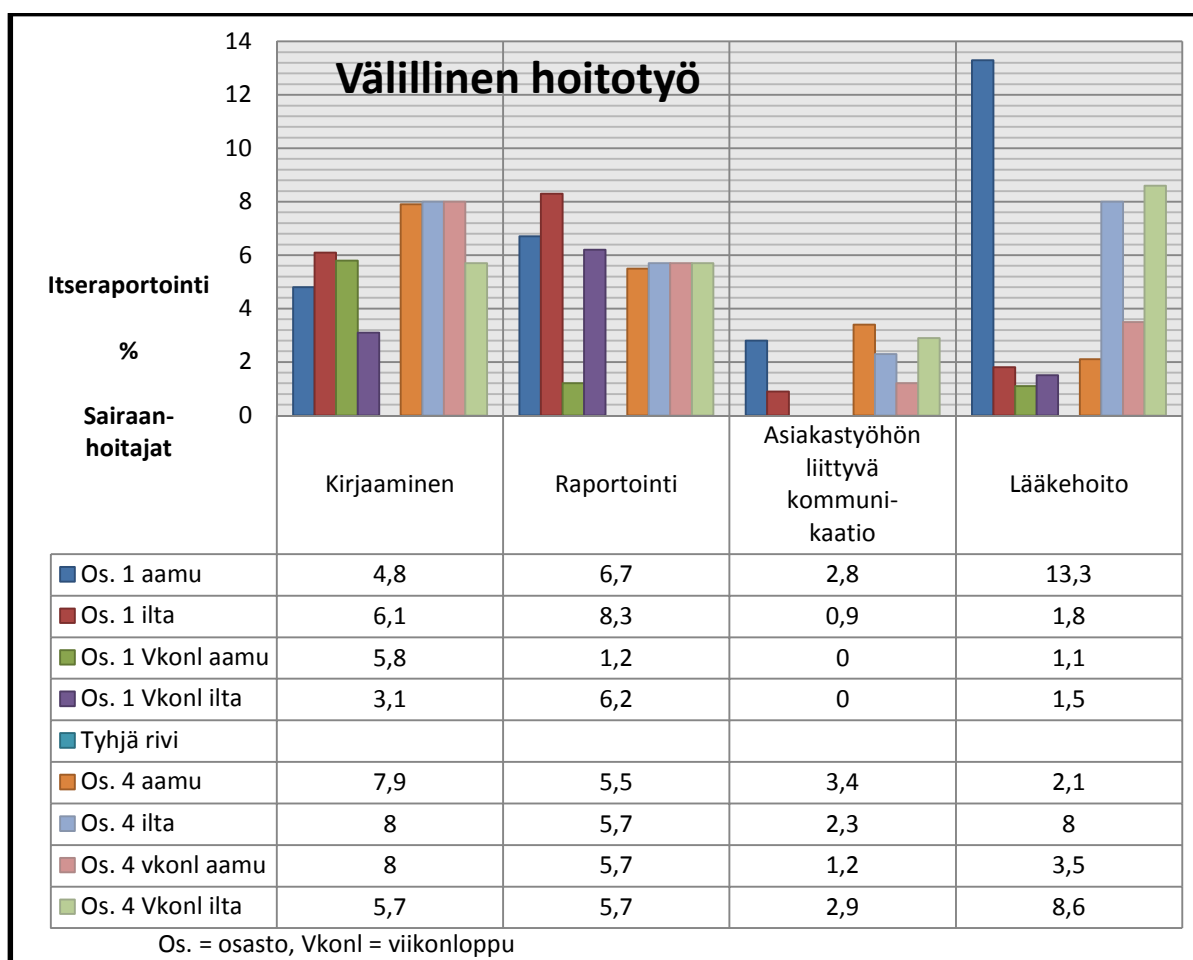
Kuvio 5. Havainnoinnissa sairaan- ja lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön

Kuviosta 5 voidaan päätellä, että välillisessä hoitotyössä osastolla 1 kului aikaa eniten kirjaamiseen ja raportointiin. Vastaavasti osastolla 4 lähihoitajilla kului aikaa eniten

raportointiin ja kirjaamiseen. Osastolla 4 lähihoitajilla kului iltavuorossa melkein kymmenes osa työajasta lääkehoitoon.

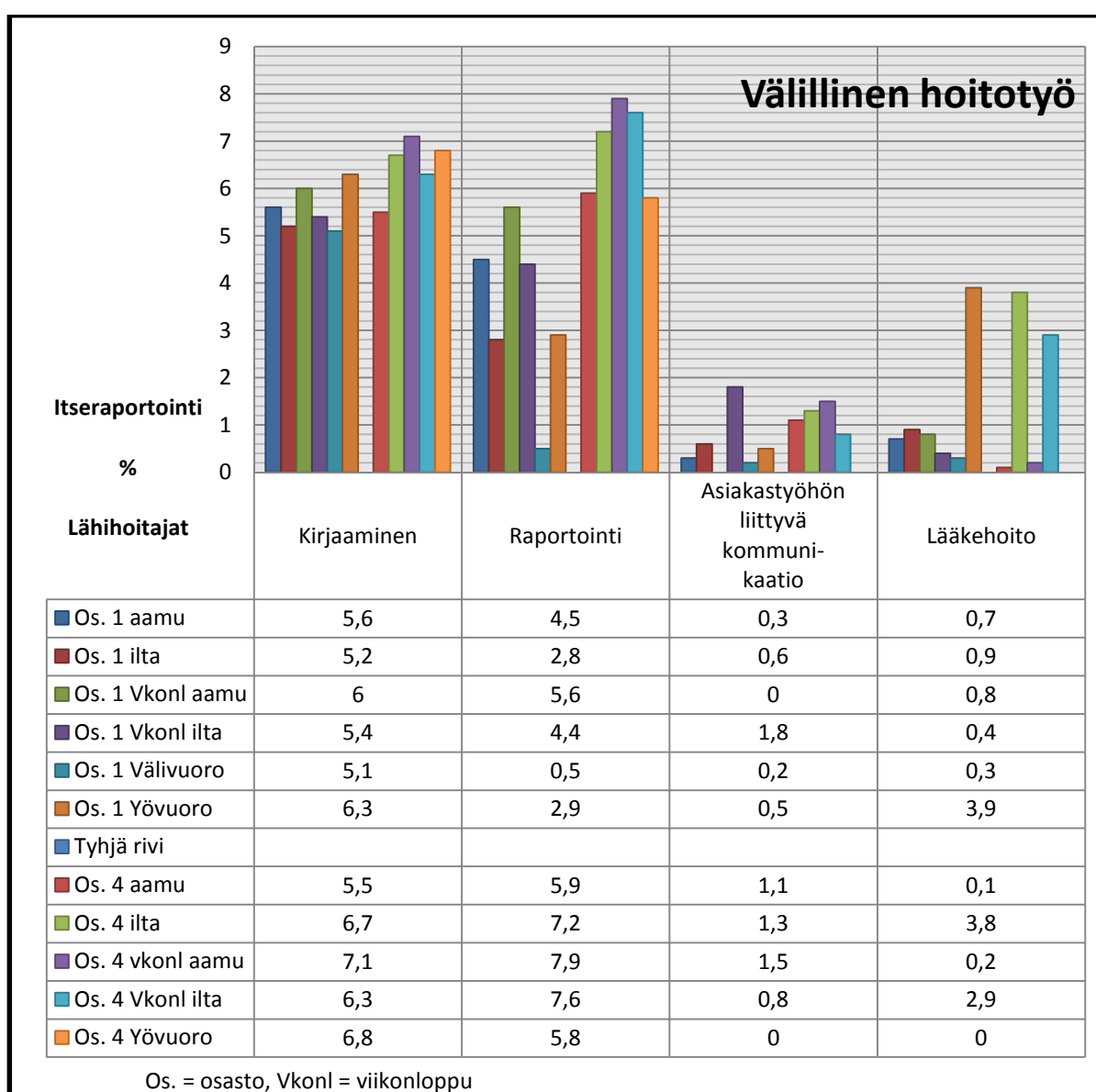
Välillisen hoitotyön jakautuminen itseraportoinnissa

Itseraportoinnissa välillisen hoitotyön osioista eniten aikaa käytettiin hoitotyön kirjaamiseen ja raportointiin. Käytetty aika vaihteli aamuvuorojen ja iltavuorojen kesken. Osastolla 1 sairaanhoitajat käyttivät enemmän aikaa raportointiin kuin kirjaamiseen. Poikkeuksena oli viikonloppuaamu, jolloin raportointiin käytettiin huomattavasti vähemmän aikaa kuin muissa vuoroissa. Osastolla 4 kirjaamiseen ja raportointiin käytettiin melko tasaisesti työaikaa vuorosta riippumatta. Lääkehoitoa oli yleensä vähäisen työvuorossa. Huomioitavaa on, että osastolla 1 lääkehoitoon arkiaamuna meni melkein kuudennes (13,3 %) työajasta. Vastaavasti osastolla 4 lääkehoitoa tapahtui iltapainotteisesti. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Itseraportoinnissa sairaanhoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön

Itseraportoiden osastolla 1 lähihoitajat käyttivät enemmän aikaa hoitotyön kirjaamiseen kuin raportointiin työvuorosta riippumatta. Vastaavasti osastolla 4 asia oli toisin päin, raportointiin käytettiin enemmän aikaa kuin kirjaamiseen. Tuloksista näkyy, että osastolla 4 käytettiin enemmän aikaa molempiin (kirjaaminen ja raportointi) toimintoihin kuin osastolla 1. Yövuoron työajasta eniten aikaa käytettiin kirjaamiseen. Osastolla 4 yövuorossa käytettiin raportointiin lähes yhtä paljon aikaa kuin muissa vuoroissa. Osastolla 1 oli yövuorossa enemmän lääkehoitoa kuin muissa vuoroissa. (Kuvio 7.)



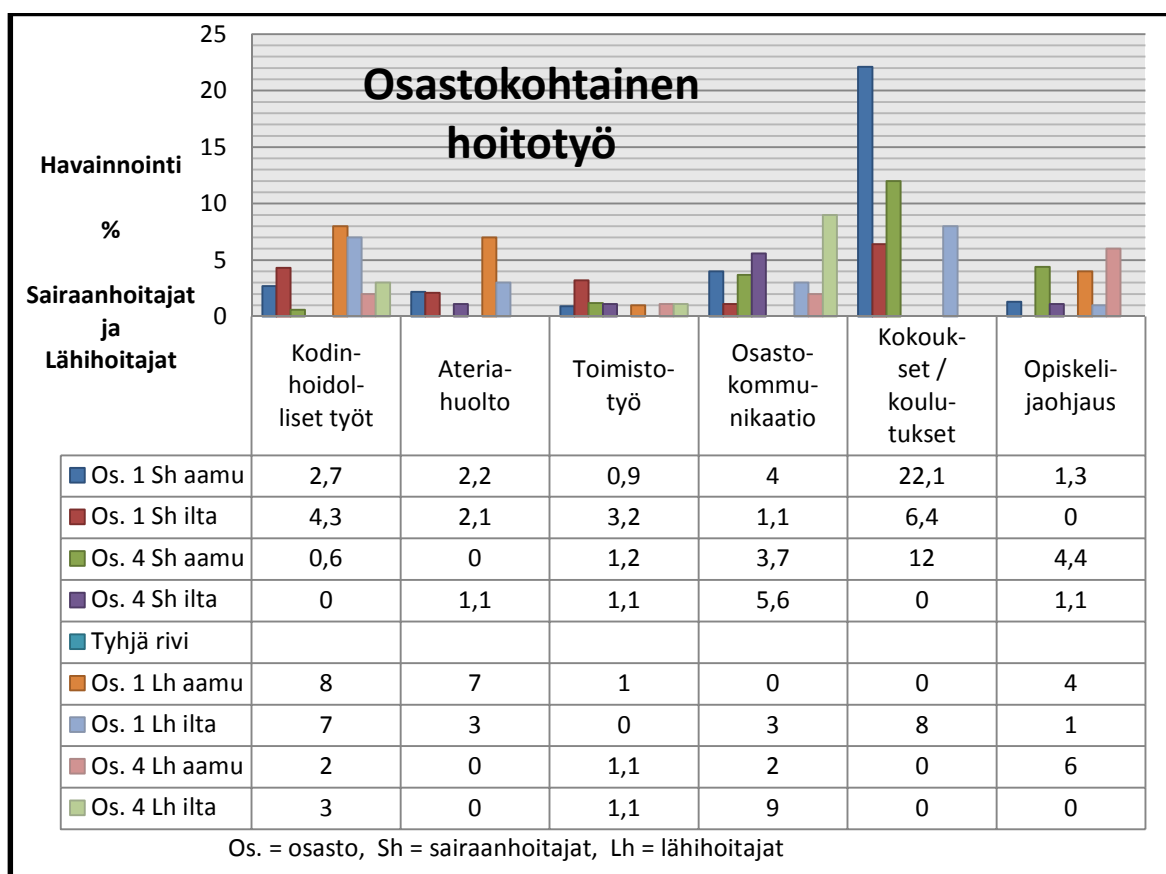
Kuvio 7. Itseraportoinnissa lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön

Osastokohtaisen hoitotyön jakautuminen havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Osastokohtainen hoitotyö on osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyviä toimintoja ja tehtäviä (liite 1), jakaantuen kahdeksaan pienempään alueeseen. Ne ovat kodinhoidolliset työt ja siivoaminen, ateriahuolto, pyykki- ja vaatehuolto, toimistotyö, osastokommunikaatio, kokoukset, koulutus/tiedonvaihto, opiskelijaohjaus sekä välineiden ja varastojen tarkistus/täydennys. Havainnointitutkimuksen kaikki osastokohtaisen hoitotyön tulokset löytyvät liitteestä 6 ja itseraportoinnin tulokset liitteestä 7.

Osastokohtaisen työn jakautuminen havainnointitutkimuksessa

Molemmilla osastoilla aamuvuoroissa sairaanhoitajat käyttivät eniten työajasta kokouksiin ja koulutuksiin, osastolla 1 viidennes ja osastolla 4 hieman alle kuudennes työajasta. Osastolla 1 sairaanhoitajilla oli paljon kodinhoidollisia tehtäviä, kun osastolla 4 oli enemmän osastokommunikaatiota ja opiskelijaohjausta. (Kuvio 8.)

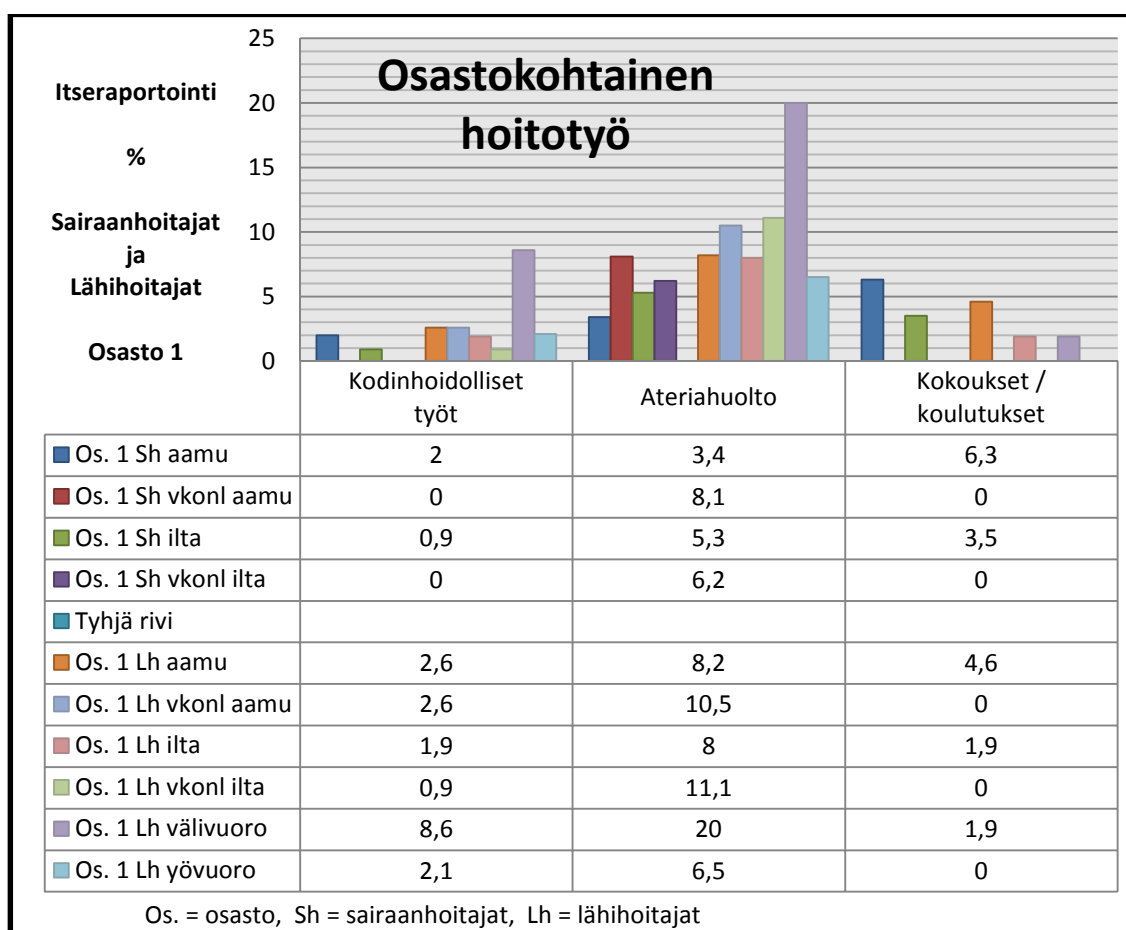


Kuvio 8. Havainnoinnissa sairaan- ja lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön

Lähihoitajien työaika jakautui erisuuntaisesti tässä osiossa. Kuviosta 8 voidaan nähdä, että osastolla 1 kodinhoidolliset työt ja ateriahuolto vievät eniten aikaa osastokohtaisesta hoitotyöstä. Iltavuorossa kokoukset ja koulutukset veivät oman osansa. Osasto neljällä osastokohtaista hoitotyötä oli vähemmän ja suurin osa ajasta kului opiskelijaohjaukseen ja osastokommunikaatioon.

Osastokohtaisen työn jakautuminen itseraportoinnissa

Osastokohtaisen hoitotyön itseraportoinnissa oli eroavaisuuksia osastojen kesken. Osastolla 1 oli vähintään puolet enemmän osastokohtaista hoitotyötä kuin osastolla 4. Siksi olenkin käsitellyt osastokohtaisen hoitotyön osastoittain. Kuviosta 9 voidaan nähdä, että osastolla 1 sairaanhoitajat käyttivät eniten aikaa osastokohtaisessa hoitotyössä kokouksiin ja koulutuksiin arkena. Viikonloppuna heillä oli enemmän ateriahuoltoa.



Kuvio 9. Itseraportoinnissa osasto 1 sairaan- ja lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön

Lähihoitajat käyttivät yhtä paljon työaika osastokohtaiseen hoitotyöhön sairaanhoitajien kanssa. Poikkeuksena oli välivuoro, jolloin osastokohtaiseen hoitotyöhön käytettiin puolet enemmän aikaa. Kuviosta 9 nähdään, että ateriahuoltoon ja kodinhoitollisiin töihin käytettiin eniten aikaa. Välivuorossa jopa viidennes työajasta oli ateriahuoltoa. Yövuorossa lähihoitajilla oli paljon ateriahuoltoa (6,5 %).

Osastolla 4 sairaanhoitajilla oli vähäisen osastokohtaista hoitotyötä. Enimmillään arki-aamuna reilusti alle kymmenes osa työajasta, joka jakaantui lähinnä kokouksiin ja koulutuksiin (4,6 %) sekä opiskelijaohjaukseen (2,6 %). Lähihoitajat käyttivät enimmillään kuudenneksen työajasta osastokohtaiseen hoitotyöhön arki-aamuna. Aika jakautui melkein tasan kokouksien ja koulutusten (3,5 %) sekä pyykinhuollon kesken (4,2 %). (Kuvio 9.)

6.7 Henkilökohtaisen ajan jakautuminen havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Henkilökohtainen aika pitää sisällään henkilökohtaiset toiminnot, jotka eivät liity asukkaaseen tai osaston/yksikkökohtaiseen työhön (Liite 1). Tähän osa-alueeseen kuuluvat ruoka- ja kahvitauot sekä WC-käynnit. Tässä osiossa on myös kohta Muu, johon voidaan sijoittaa sellaiset toiminnot, joille ei löydy oikeaa paikkaa mistään muualta. Havainnointitutkimuksen ja itseraportoinnin kaikki henkilökohtaisen ajan tulokset löytyvät liitteestä 8.

Henkilökohtaisen ajan jakautuminen havainnointitutkimuksessa

Havainnointitutkimuksessa henkilökohtaiseen aikaan sairaanhoitajat käyttivät alle kymmenes työajasta työvuorosta riippumatta. Molempien osastojen sairaanhoitajat käyttivät henkilökohtaiseen aikaan 40 minuuttia aamuvuoroissa ja 30 minuuttia iltavuoroissa.

Lähi- ja perushoitajat käyttivät molemmilla osastoilla hieman enemmän aikaa henkilökohtaiseen aikaan ja taukoihin. Osastolla 1 käytettiin hieman enemmän aikaa taukoihin iltavuorossa (20–50 min) kuin aamuvuorossa (20–40 min). Osastolla 4 lähihoi-

tajat käyttivät reilun kymmenyksen työajasta taukoihin, aamuvuoroissa 20–80 minuuttia ja iltavuoroissa 50–80 minuuttia.

Henkilökohtaisen ajan jakautuminen itseraportoinnissa

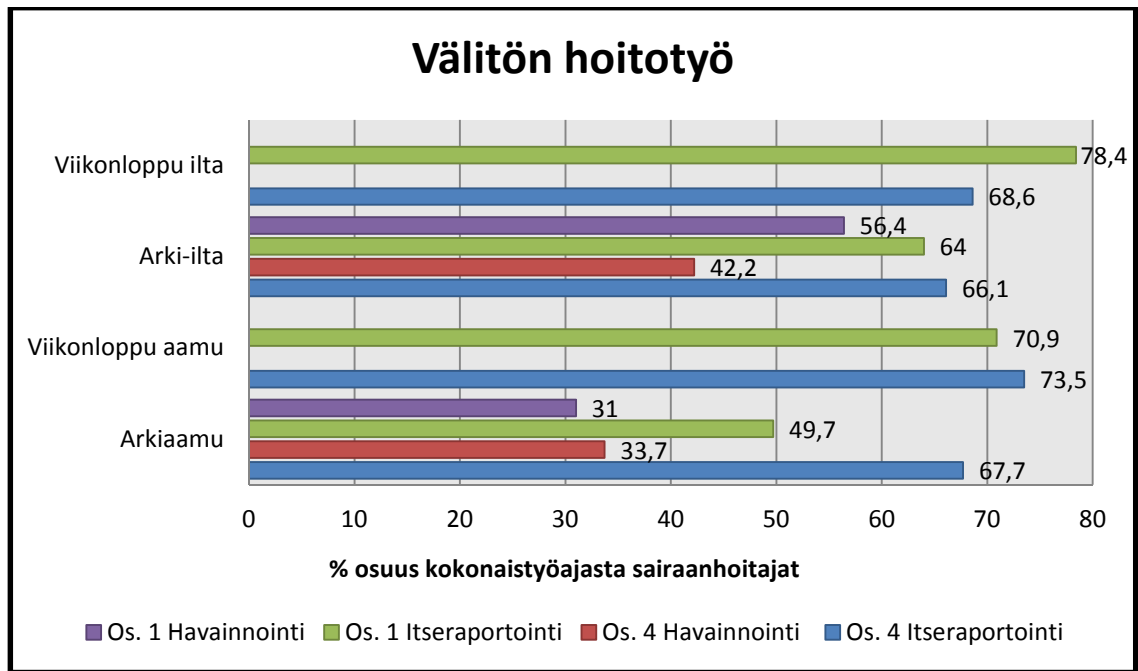
Itseraportoinnissa henkilökohtaiseen aikaan käytettiin samansuuruisesti aikaa työvuoroista riippumatta kaikissa ammattiryhmissä. Enimmillään taukoihin käytettiin aikaa 7,6 % työajasta, tämä osastolla 4 yövuorossa. Sairaanhoitajat käyttivät henkilökohtaiseen aikaan osastolla yksi 20–26 minuuttia ja osastolla neljä 23–30 minuuttia. Lähihoitajat käyttivät henkilökohtaiseen aikaan osastolla yksi 27–31 minuuttia ja osastolla neljä 31–44 minuuttia. Laitoshuoltajat käyttivät henkilökohtaiseen aikaan osastolla yksi 23–30 minuuttia ja osastolla neljä 30 minuuttia.

6.8 Yhteenveto tuloksista

Tuloksien yhteenveto käsitellään ammattiryhmittäin. Aloitan sairaanhoitajista, seuraavaksi käsittelen lähihoitajien ryhmän ja viimeiseksi laitoshuoltajat, jotka ovat olleet osallisena vain itseraportoinnissa. Tuloksia havainnollistan kuvioiden avulla.

Sairaanhoitajien tuloksien yhteenveto

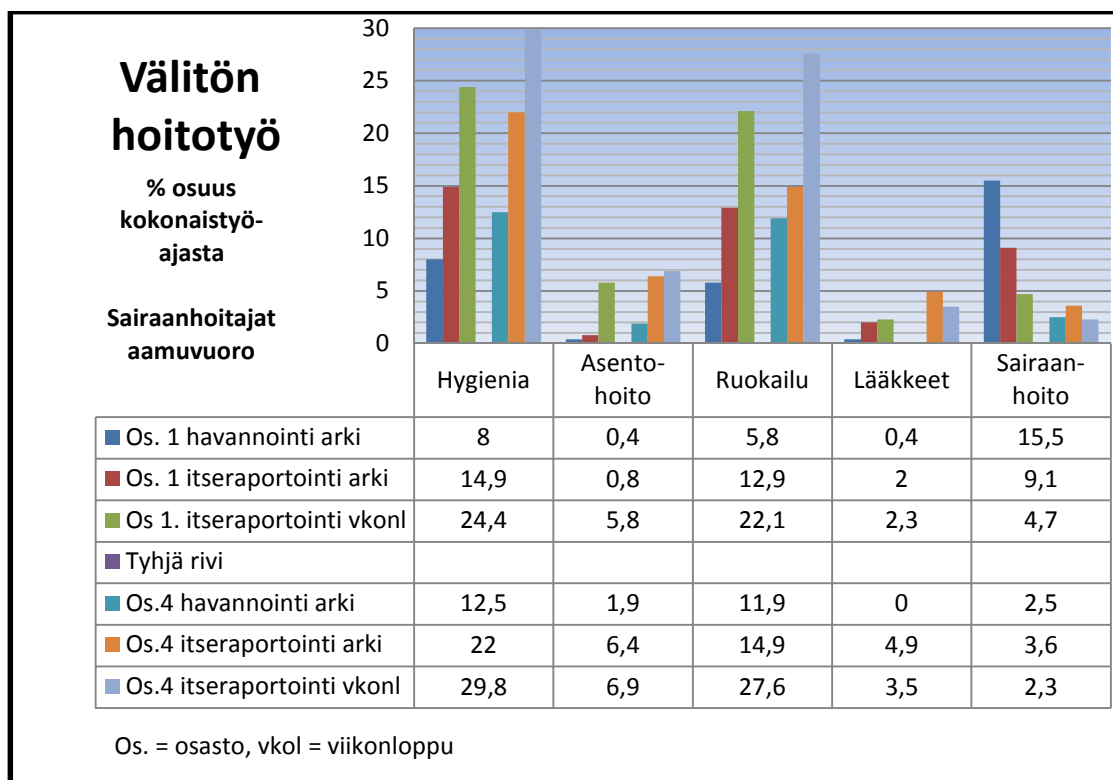
Tarkastellessa välittömän hoitotyön jakautumista sairaanhoitajilla havainnointitutkimuksen ja itseraportoinnin kesken huomataan, että tulokset eivät ole yhteneväisiä. Kuviosta 10 voidaan havaita, että itseraportoiden oli käytetty enemmän aikaa jokaisessa työvuorossa. Osastolla 4 oli käytetty arki-aamuna puolet enemmän aikaa itseraportoiden kuin havainnointitutkimuksessa.



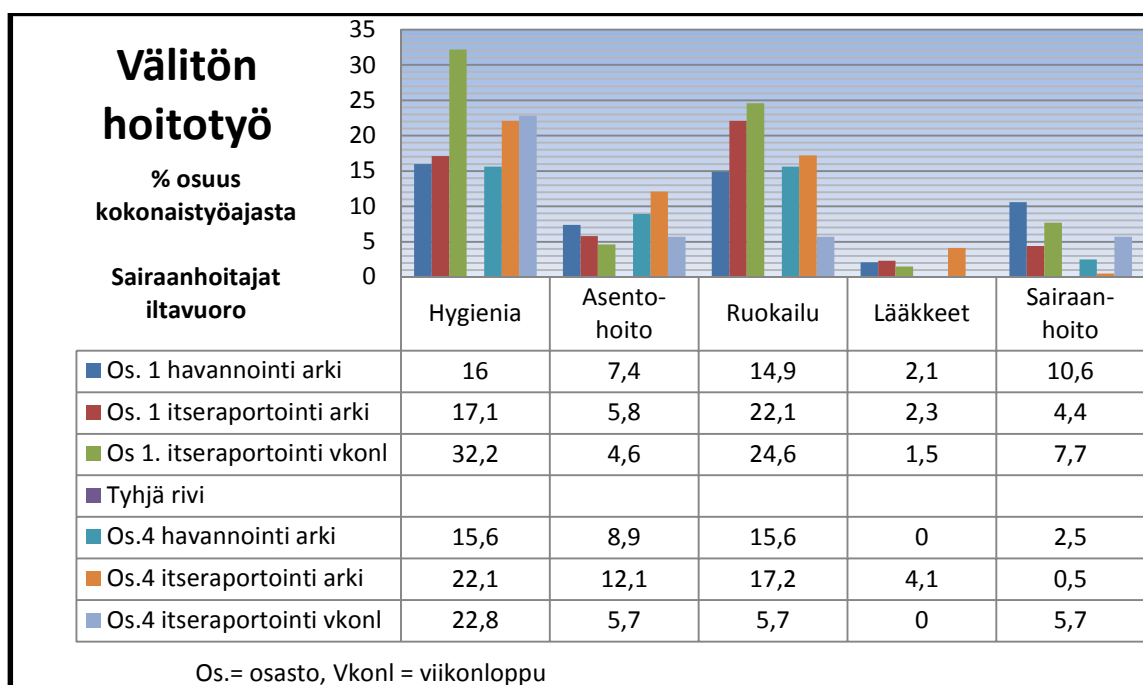
Kuvio 10. Sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Välitön hoitotyö on jaettu kahteen kuvioon: aamuvuoro (Kuvio 11) ja iltavuoro (Kuvio 12). Kuvioista on havaittavissa eroavaisuutta erityisesti hygieniasta huolehtimisen kohdalla. Molempien osastojen sairaanhoitajien käyttämä aika kaksinkertaistui itseraportoitaessa aamuvuorojen yhteydessä. Hygieniasta huolehtimiseen käytettiin viikonloppuaamuina enemmän aikaa kuin arkena. Iltavuoroissa hygieniasta huolehtimiseen käytetty aika pysyi melko vakiona molemmissa tutkimuksissa. Ainoana eroavaisuutena oli osasto yhden viikonloppuillat, jolloin käytetty aika oli kaksinkertainen arki-iltoihin verrattuna.

Ruokailusta huolehtimiseen käytetyssä ajassa oli eroavaisuuksia tutkimusten kesken. Osastolla 1 sairaanhoitajien käyttämä aika ruokailusta huolehtimiseen kaksinkertaistuu itseraportoitaessa niin aamu- kuin iltavuorossa. Ruokailusta huolehtimiseen käytettiin enemmän aikaa viikonloppuna kuin arkena. Osastolla 4 arkivuoroissa käytetty työaika pysyy vakiona, mutta viikonloppu aamuissa käytetty aika kaksinkertaistuu ja illoissa puoliintuu. (Kuvio 11 ja Kuvio 12.)



Kuvio 11. Sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön aamuvuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

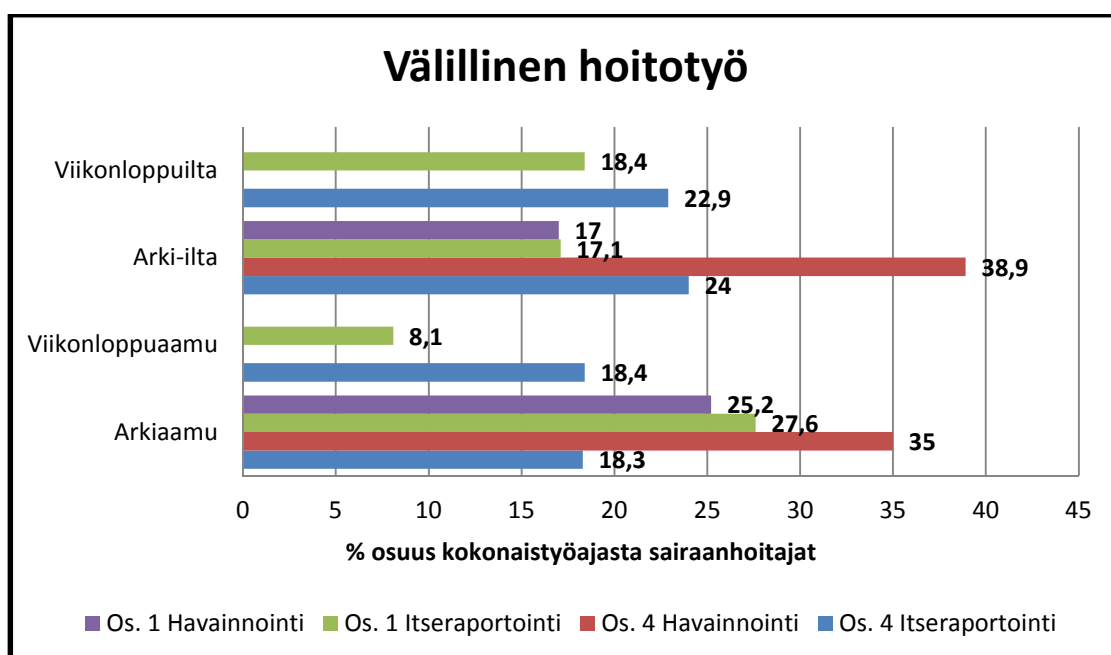


Kuvio 12. Sairaanhoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön iltavuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Osastolla 1 havainnointitutkimuksessa sairaanhoitoon käytettiin enemmän aikaa kuin itseraportoiden sekä aamu- että iltavuorossa. Osastolla 4 lukemat sairaanhoidossa olivat yhteneväiset molemmissa tutkimuksissa, ainoastaan itseraportoinnin iltavuorossa oli käytetty vähemmän aikaa. Itseraportoitaen asentohoitoon käytettiin osastolla 4 enemmän aikaa havainnointitutkimukseen nähden. Asentohoito oli molemmissa tutkimuksissa iltapainotteisempaa. (Kuvio 11 ja Kuvio 12.)

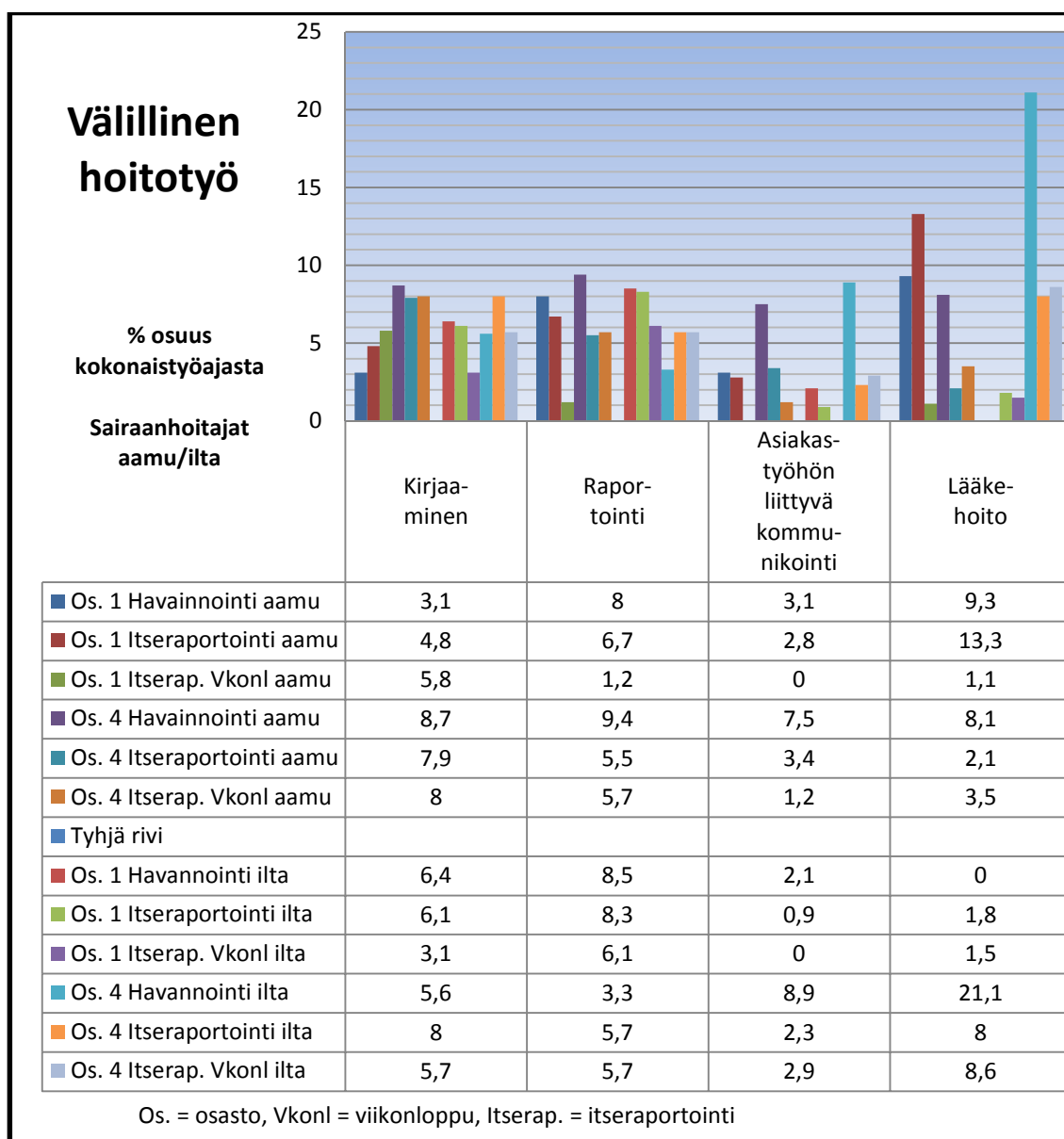
Yhteistyötä omaisten kanssa oli vähän molemmissa tutkimuksissa. Havainnointitutkimuksessa ei ollut lainkaan tai havaittiin vähäisen sairaanhoitajilla WC-käynneissä avustamista, siirtoja, lääkkeitä huolehtimista tai voinnintarkkailua. Itseraportoiden kyseisiin toimintoihin oli käytetty aikaa (alle 5,7 %) jokaisessa työvuorossa. Eroavaisuutena oli osastolla 4 käytetty aika voinnintarkkailuun (8,6 %) sekä siirtoihin (14,3 %) viikonloppuiltana itseraportoinnissa.

Kuviota 13 tarkasteltaessa voidaan havaita, että osastolla 4 havainnointitutkimuksessa välilliseen hoitotyöhön oli käytetty enemmän aikaa itseraportointiin nähden, arki-aamuna jopa puolet enemmän. Osastolla 1 tulokset olivat yhteneväiset tutkimusten kesken.



Kuvio 13. Sairaanhoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Tarkasteltaessa välillisen hoitotyön tutkimustuloksia kuviosta 14 nähdään eroavaisuuksia molemmilla osastoilla lääkehoidon tuloksissa. Osastolla 1 havainnointitutkimuksessa ei ollut iltavuoroissa lääkehoitoa lainkaan, mutta itseraportoiden sitä oli vähäisiä määriä kuten myös viikonloppuamuina. Havainnointitutkimuksessa lääkehoitoa oli aamuvuorossa kymmenes (9,3 %) työajasta kun itseraportoiden sitä oli kuudennes (13,3 %) työajasta.

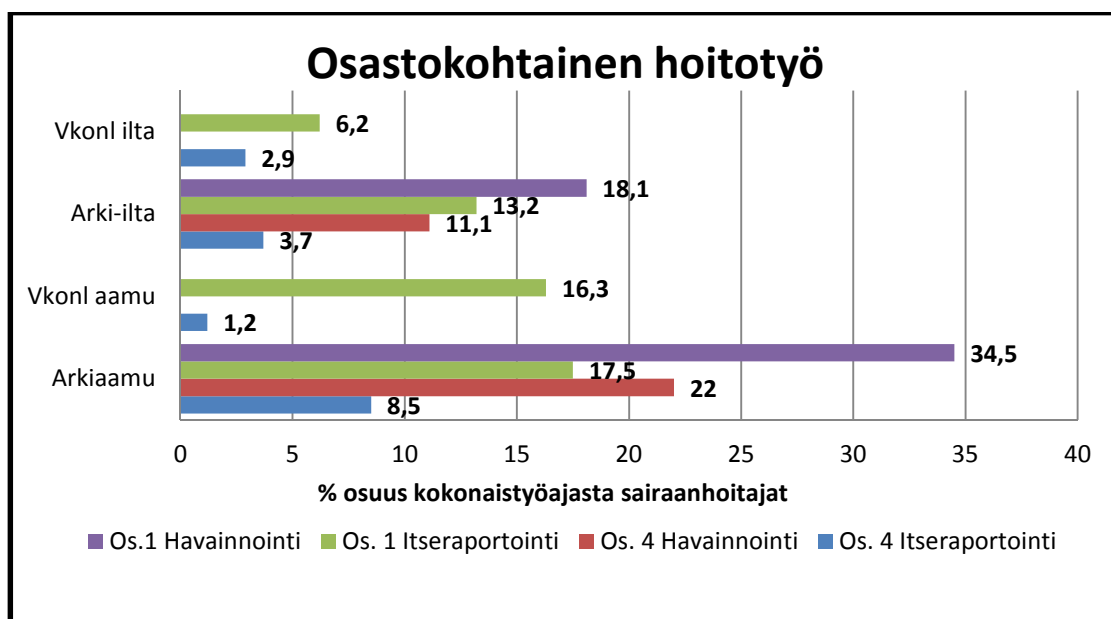


Kuvio 14. Sairaanhoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön aamu- ja iltavuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Osastolla 4 lääkehoidossa oli suurempia eroavaisuuksia tutkimusten kesken. Havainnointitutkimuksessa iltavuorossa lääkehoitoon kului viidennes työaika, kun Itseraportoiden kului alle kymmenes työajasta. Havainnointitutkimuksessa aamuvuorossa lääkehoitoon kului aikaa alle kymmenes (8,1 %) työajasta, kun itseraportoiden maksimissaan 3,5 % työajasta. (Kuvio 14.)

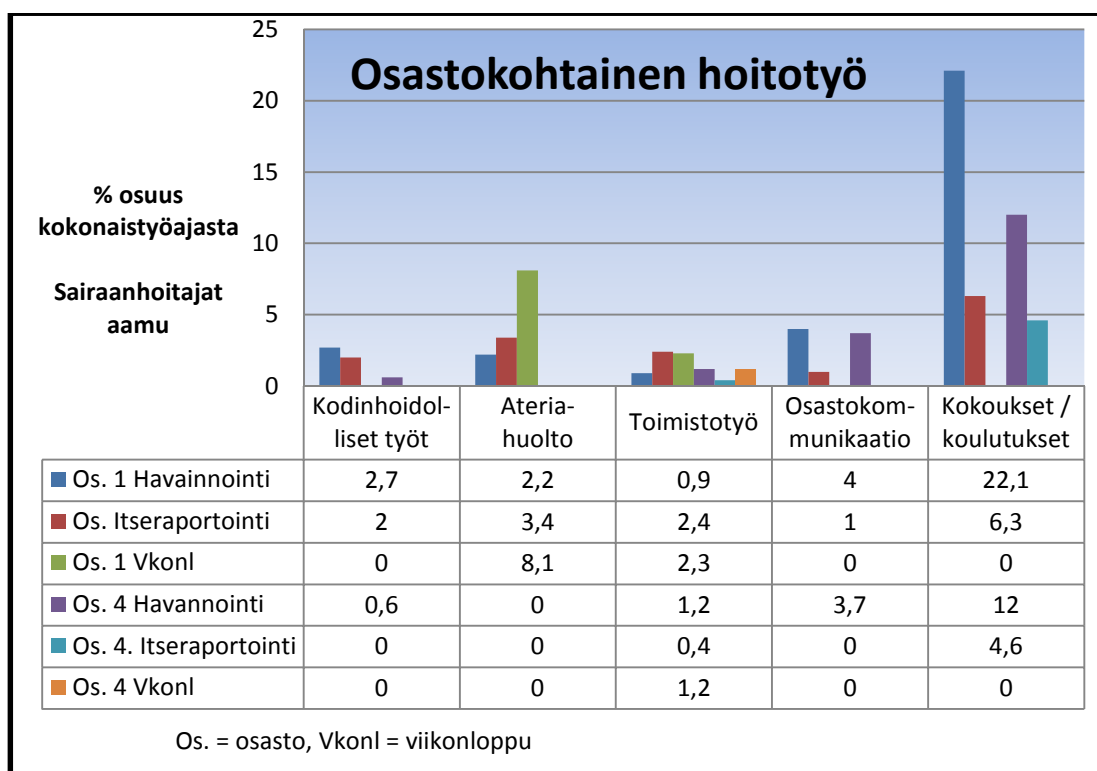
Osastolla 4 havainnointitutkimuksessa oli puolet enemmän asiakastyöhön liittyvää kommunikaatiota arkivuoroissa kuin itseraportoiden. Kirjaamisen ja raportoinnin osalta voidaan kuviosta 14 tarkastella, että tulokset olivat melko pitkälti yhteneväiset tutkimusten kesken. Osastolla 1 käytettiin hieman enemmän aikaa kirjaamiseen ja raportointiin iltavuorossa. Osastolla 4 niihin käytettiin hieman enemmän aikaa aamuvuorossa.

Kuviossa 15 nähdään eroavaisuuksia osastokohtaisessa hoitotyössä. Molemmilla osastoilla oli havainnointitutkimuksessa käytetty puolet enemmän aikaa arki-aamuina osastokohtaiseen hoitotyöhön kuin itseraportoiden. Eroavaisuutta tuloksissa oli havaittavissa myös osastolla 4 arki-illoissa, jolloin osastokohtaiseen hoitotyöhön oli havainnointitutkimuksessa käytetty aikaa kolme kertaa enemmän itseraportointiin nähden.

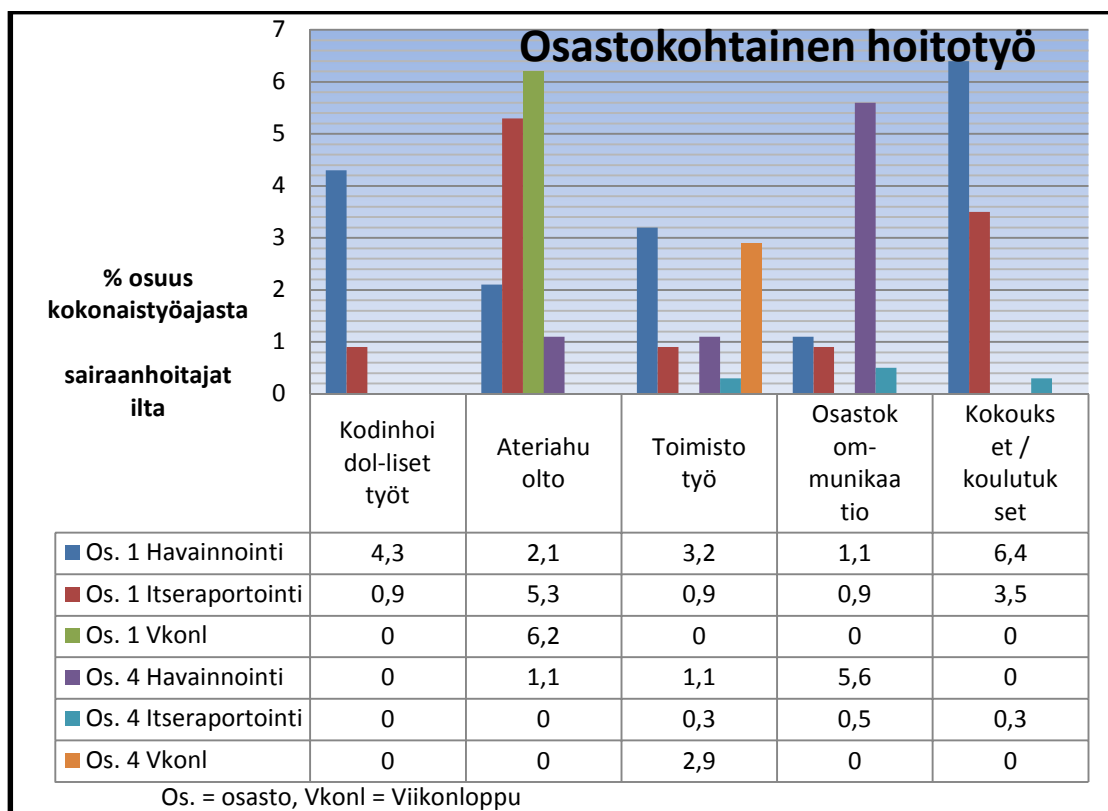


Kuvio 15. Sairaanhoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Tarkasteltaessa pienemmissä osioissa osastokohtaisen hoitotyön näkymää kuvioista 16 ja 17 huomataan, että molemmilla osastoilla oli käytetty havainnointitutkimuksessa paljon aikaa kokouksiin ja koulutuksiin. Osastolla 1 kului siihen enemmän aikaa kuin osastolla 4. Erityisesti eroavaisuutta oli ateriahuollon ja kodinhoidollisten töiden kohdalla. Eroavaisuutta löytyi myös havainnointitutkimuksen ja itseraportoinnin välillä. Itseraportoiden osastolla 1 oli käytetty enemmän aikaa ateriahuoltoon kuin havainnointitutkimuksessa. Kodinhoidollisiin töihin itseraportoiden osasto 1:n sairaanhoitajat olivat käyttäneet vähemmän aikaa kuin havainnoinnin tuloksissa. Osastolla 4 näihin ei juuri ollut kulunut sairaanhoitajien työaikaa.

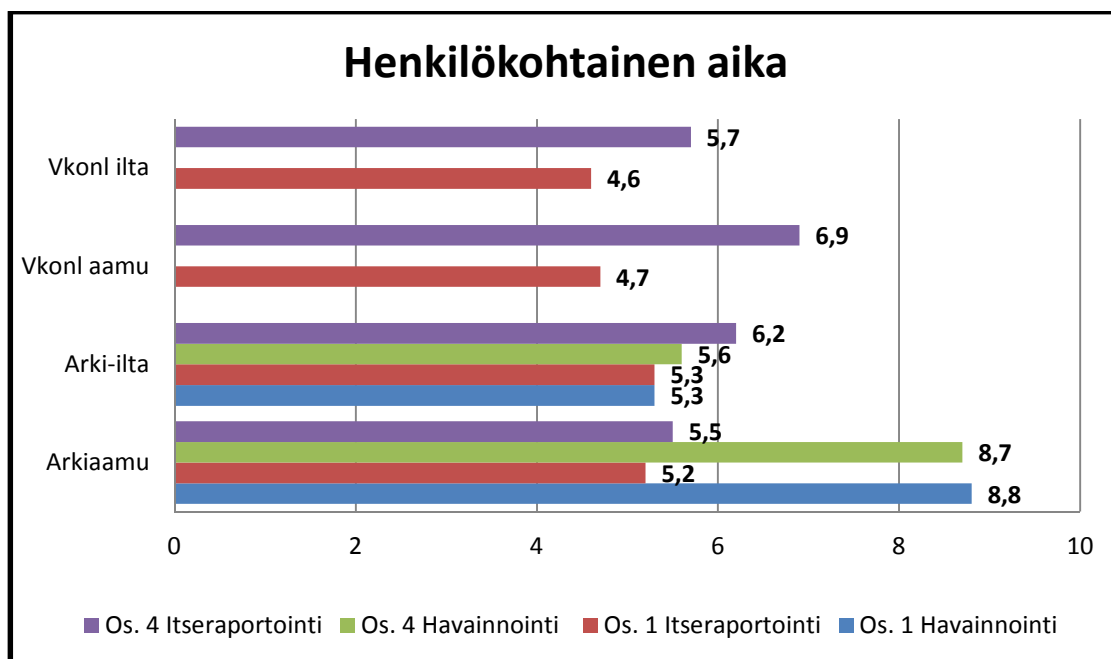


Kuvio 16. Sairaanhoitajien käyttämä aika osastokohtaisen hoitotyön aamuvuoroissa



Kuvio 17. Sairaanhoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön iltavuoroissa

Sairaanhoitajat käyttivät melko yhteneväisesti työaika henkilökohtaiseen aikaan molemmissa tutkimuksissa. Henkilökohtaiseen aikaan aamuvuorossa käytettiin havainnoiden enemmän aikaa (40 min) kuin itseraportoiden osastolla 1 (20–26 min) ja 4 (23–30 min). Iltavuorossa havainnoiden henkilökohtaisista aikaa oli 30 minuuttia kun itseraportoiden osastolla yksi 20–26 minuuttia ja osastolla neljä 23–30 minuuttia. (Kuvio 18.)

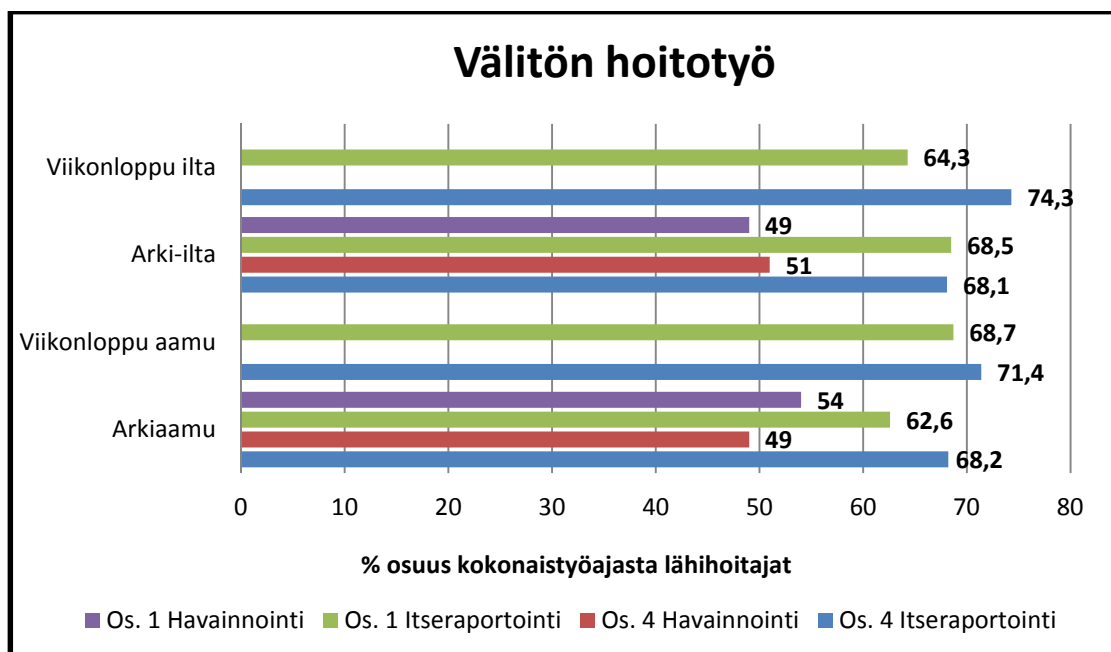


Kuvio 18. Sairaanhoitajien käyttämä aika henkilökohtaiseen aikaan

Lähihoitajien tuloksien yhteenveto

Tarkastellessa lähihoitajien käyttämää aikaa välittömään hoitotyöhön tulokset eivät ole aivan yhteneväiset. Kuviosta 19 voidaan havaita, että itseraportoiden välittömään hoitotyöhön käytetty aika oli suurempi kuin havainnointitutkimuksessa käytetty aika.

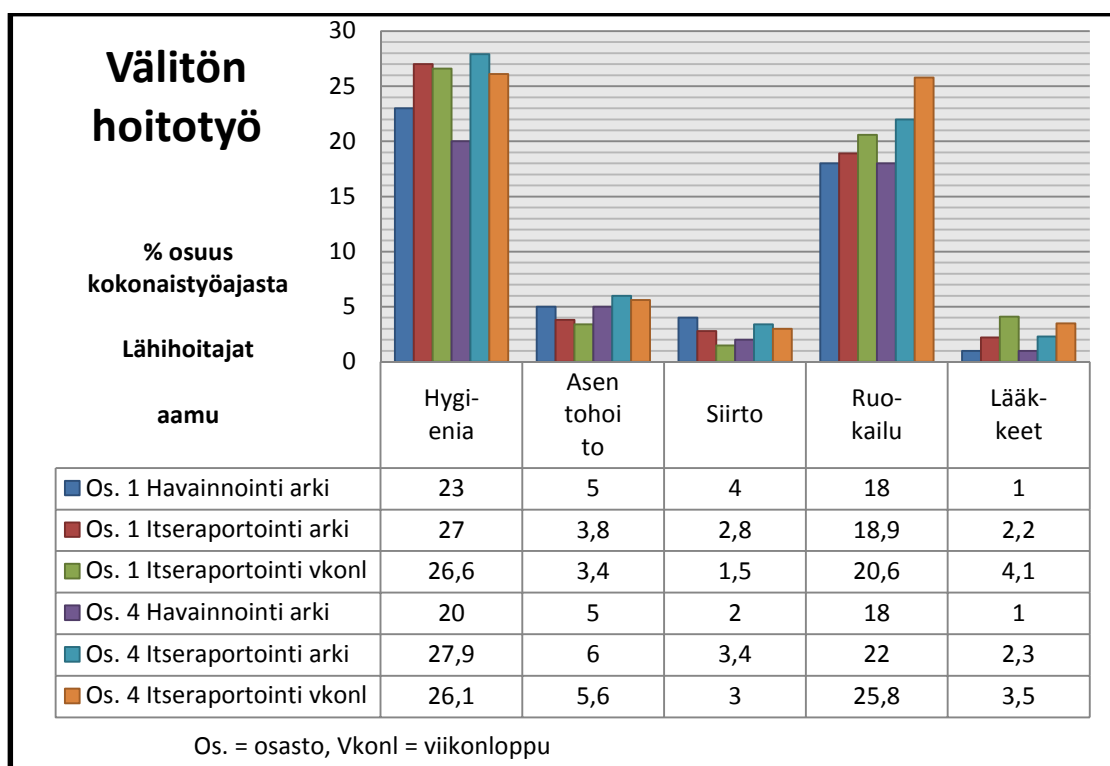
Tarkastellessa osastoittain tuloksia kuviosta 19 huomataan, että välittömään hoitotyöhön käytetty aika pysyi melko vakiona itseraportoiden kaikissa vuoroissa. Osastolla 4 oli käytetty hieman enemmän aikaa välittömään hoitotyöhön kuin osastolla 1. Tarkastellessa aamu- ja iltavuoroja voidaan nähdä, että niihin käytettiin aikaa samansuuntaisesti molemmilla osastoilla itseraportoinnissa.



Kuvio 19. Lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

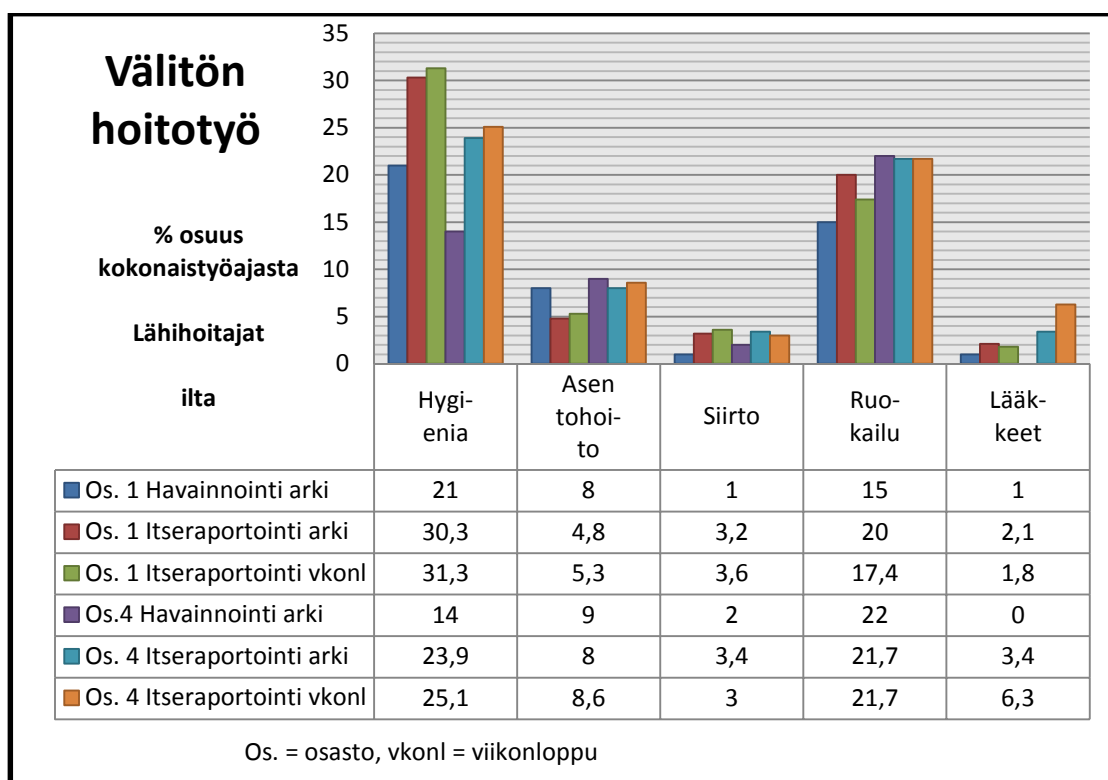
Lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön jakautuu tasaisemmin tutkimustulosten kesken. Lähihoitajilta kului suurin osa välittömään hoitotyöhön käytetystä ajasta perushoidollisiin tehtäviin. Itseraportoiden aamu- ja iltavuorojen tulokset ovat yhteneväiset.

Kuvioista 20 ja 21 voimme tarkastella, että hygieniasta ja ruokailusta huolehtimiseen käytettiin eniten aikaa. Tulokset olivat melko yhteneväiset tutkimusten kesken. Kuviosta huomataan, että hygieniasta huolehtimiseen käytettiin aamuvuorossa molemmissa tutkimuksissa molemmilla osastoilla melkein neljännes työajasta. Iltavuorossa hygieniasta huolehtimiseen käytettiin osastolla 1 viidennes ja osastolla 4 kuudennes työajasta havainnoiden. Itseraportoiden hygieniasta huolehtimiseen käytettiin osastolla 1 neljännes ja osastolla 4 viidennes tai enemmän työajasta.



Kuvio 20. Lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön aamuvuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoiden

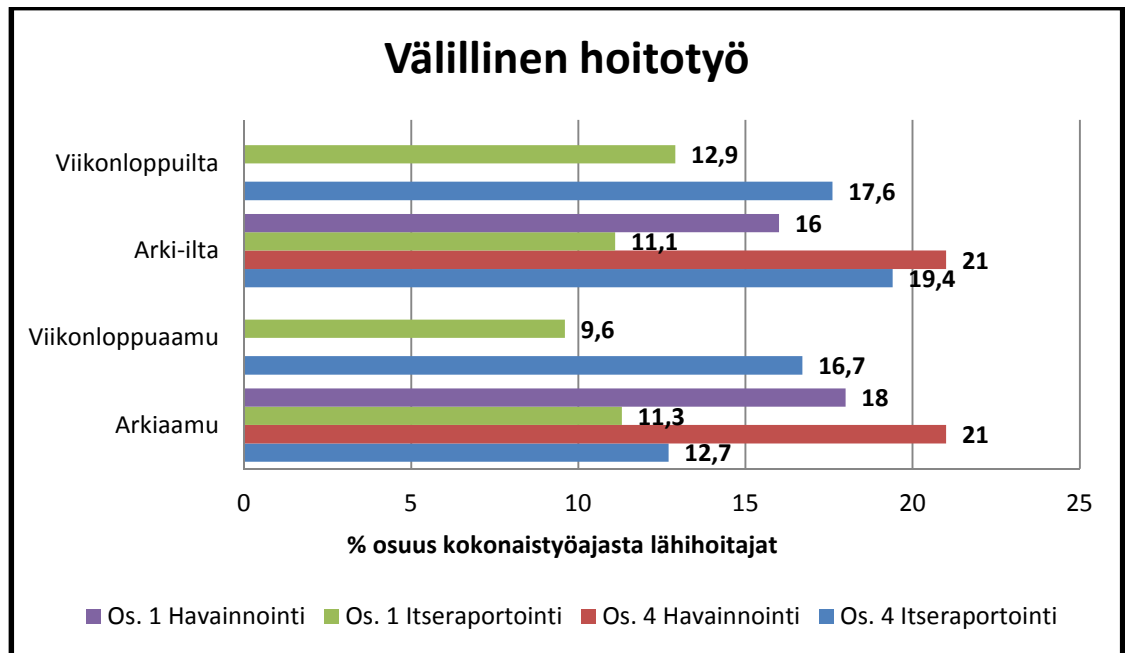
Ruokailusta huolehtimiseen lähihoitajat käyttivät tutkimusten kesken yhteneväisesti aikaa. Osastolla 4 ruokailusta huolehtimiseen käytettiin hieman enemmän aikaa. Siirtoihin ja lääkkeiden antamiseen lähihoitajat käyttivät yhtenevästi tutkimuksissa työ-aikaa. Poikkeuksena oli osastolla 4 viikonloppuilta, jolloin oli puolet enemmän lääkkeiden antamista kuin muina vuoroina. (Kuvio 20 ja 21)



Kuvio 21. Lähihoitajien käyttämä aika välittömään hoitotyöhön iltavuorossa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

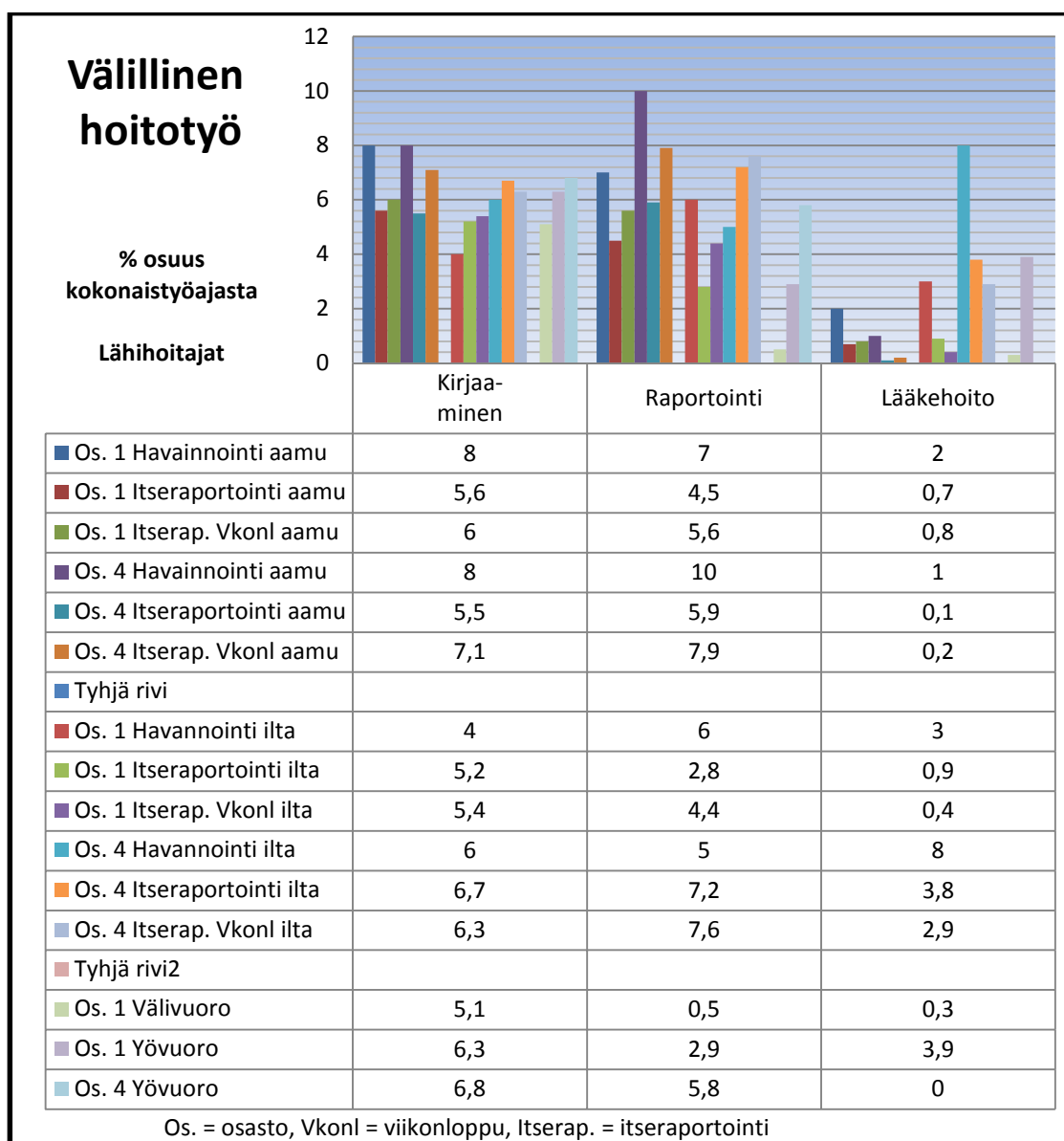
Asentohoitoa oli pääsääntöisesti enemmän iltavuoroissa. Yhteistyötä omaisten kanssa oli vähän molemmissa tutkimuksissa. Itseraportoiden osastolla 1 alle kymmenen työajasta viikonloppuaamuna ja osastolla 4 hieman kaikissa vuoroissa oli WC-käynneissä avustamista, jota havainnointitutkimuksessa ei ollut lainkaan. Havainnointitutkimuksessa ei ollut lainkaan tai havaittiin vähäisen sairaanhoitoa, voinnintarkkailua, siirtämistä ja kuljettamista, joita itseraportoiden oli vähäisen joka työvuorossa.

Lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön poikkeaa tutkimusten kesken. Molemmilla osastoilla arkiaamuina havaittiin enemmän välillistä hoitotyötä kuin itseraportoiden. Osastolla 4 lähihoitajat raportoivat käyttäneensä puolet vähemmän aikaa välilliseen hoitotyöhön kuin havainnointitutkimuksessa havaittiin. Osastolla 4 käytettiin enemmän aikaa välilliseen hoitotyöhön kuin osastolla 1 kaikissa vuoroissa. Arki-iltoina tutkimustulokset ovat yhteneväiset. (Kuvio 22.)



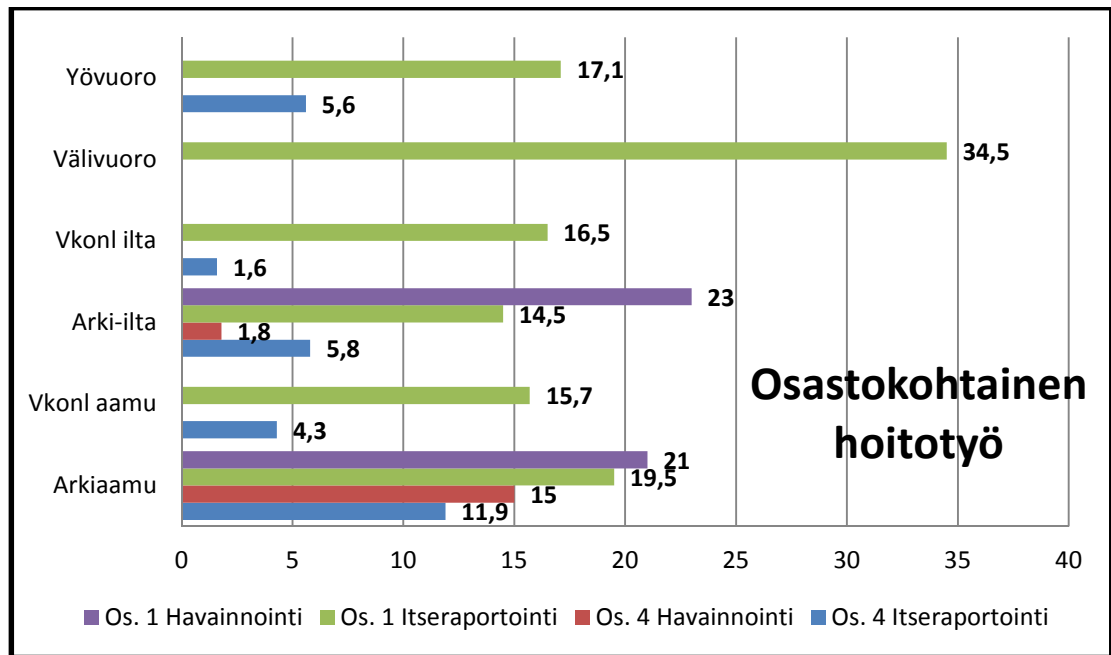
Kuvio 22. Lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Välillistä hoitotyötä tarkastellessa kuviosta 23 havaitaan, että lähihoitajat olivat käyttäneet enemmän aikaa kirjaamiseen ja raportointiin havainnointitutkimuksen aamu- vuoroissa. Osastolla 4 oli iltavuoroissa käytetty enemmän aikaa kirjaamiseen ja raportointiin itseraportoinnissa. Väli- ja yövuorossa käytettiin samansuuntaisesti aikaa näihin toimintoihin tarkasteltaessa muita vuoroja. Lääkehoidosta on huomioitava, että osastolla 4 lähihoitajat käyttivät vähemmän aikaa siihen itseraportoinnissa kuin havainnoiden. Osastolla 4 ei ollut lääkehoitoa yövuorossa, kun osastolla 1 sitä oli hieman.



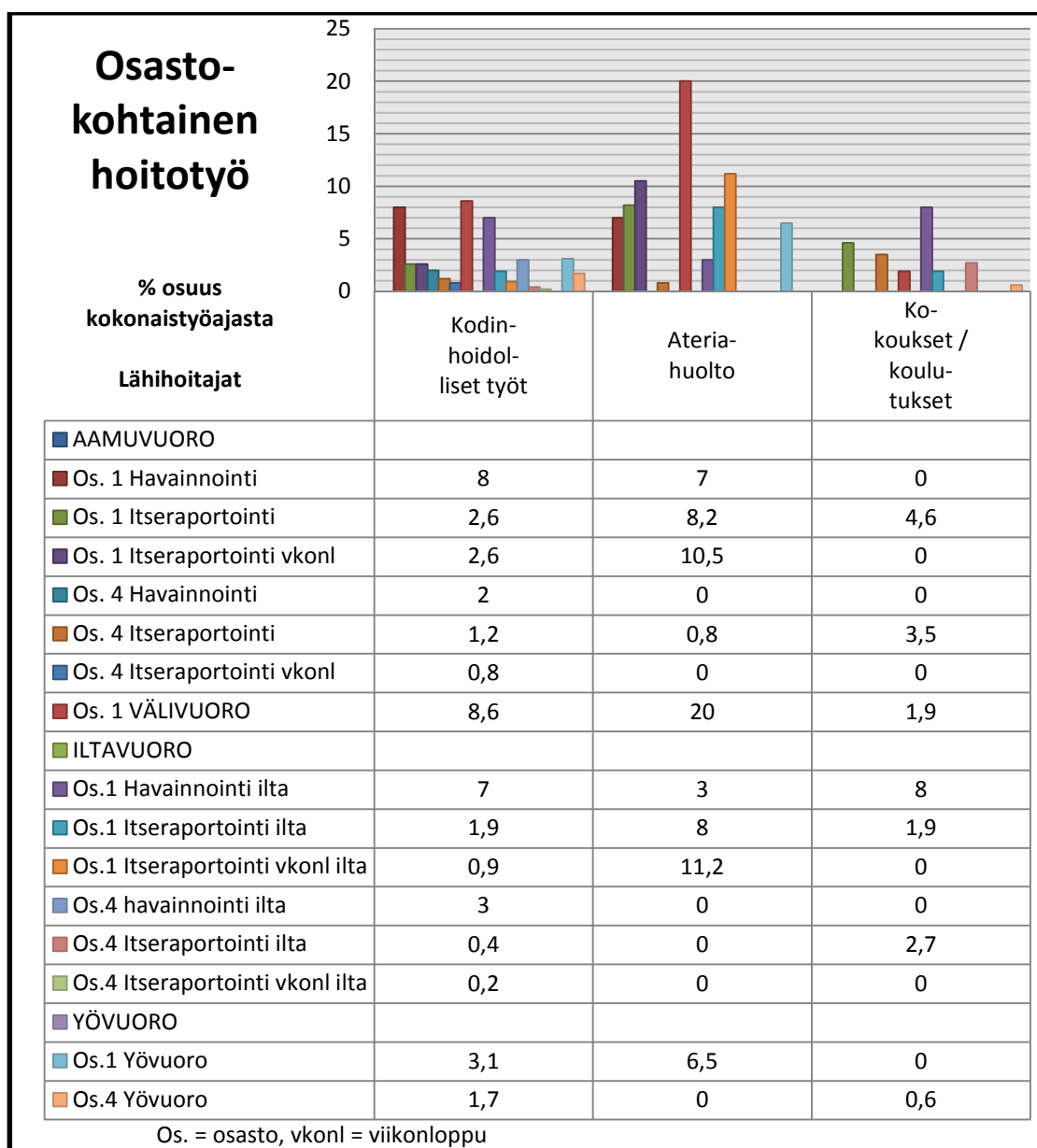
Kuvio 23. Lähihoitajien käyttämä aika välilliseen hoitotyöhön kaikissa vuoroissa havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Osastokohtaiseen hoitotyöhön osastoilla käytettiin eri lailla työaikaa. Kuviosta 24 voidaan havaita, että osastolla 1 käytettiin enemmän aikaa osastokohtaisiin toimintoihin. Viikonloppuna ja yövuorossa osastolla 4 ei juuri ollut osastokohtaisia toimintoja lähihoitajilla, kun osastolla 1 niihin käytettiin kuudennes työajasta. Arkivuorojen tulokset hieman poikkeavat keskenään, koska havainnoiden lähihoitajat olivat käyttäneet viidenneksen työajasta osastokohtaisiin toimintoihin, kun itseraportoiden aikaa kului hieman vähemmän tai alle kuudennes. Osastolla 1 välivuoron työntekijä käytti osastokohtaisiin toimintoihin kolmanneksen (34,5 %) työajasta.



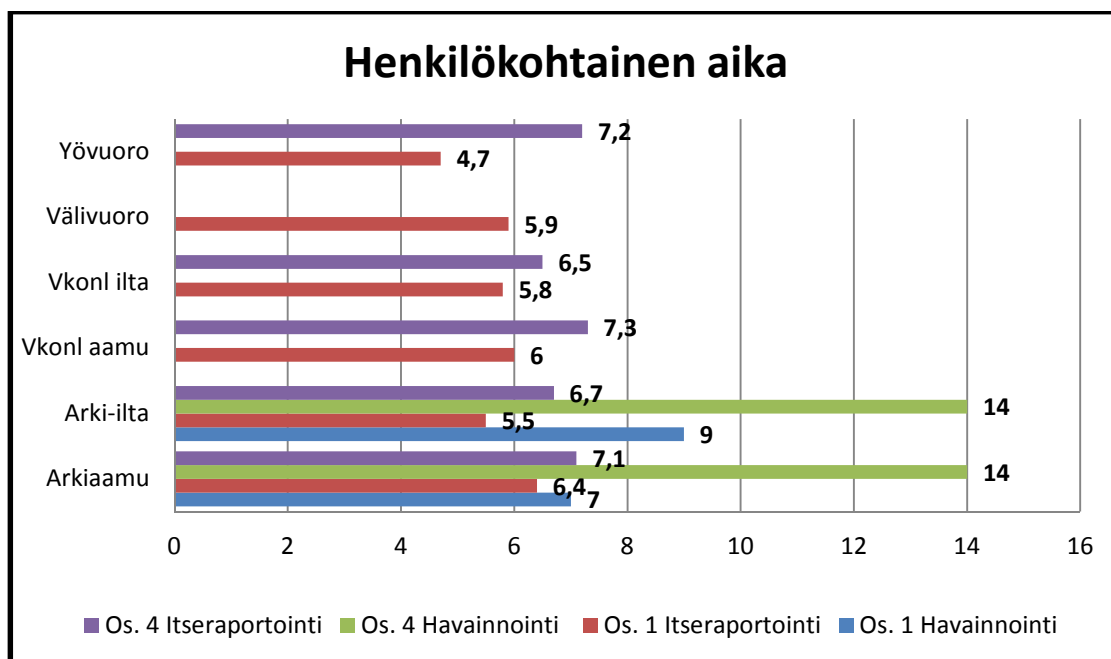
Kuvio 24. Lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön

Osastokohtaisessa hoitotyössä osastolla 1 aika jakaantui kodinhoidollisten töiden ja ateriahuollon kesken. Kuviosta 25 voidaan lukea, että havainnoiden kodinhoidollisiin töihin käytettiin melkein kymmenys työajasta, mutta itseraportoiden siihen käytettiin vain murto-osa havainnoinnin tuloksesta. Ateriahuollon tuloksissa osastolla 1 itseraportoiden lähihoitajat käyttivät iltavuorossa kolme kertaa enemmän aikaa ateriahuoltoon kuin havainnoiden.



Kuvio 25. Lähihoitajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa

Kuviosta 26 on luettavissa henkilökohtaiseen aikaan käytetyn työajan eroavaisuudet. Havainnointitutkimuksessa osastolla 4 käytettiin puolet enemmän aikaa henkilökohtaiseen aikaan kuin itseraportoiden. Osastolla 4 aamuvuorossa havainnoiden henkilökohtaiseen aikaan kului 20–80 minuuttia ja iltavuorossa 50–80 minuuttia työajasta. Itseraportoiden aikaa kului molemmissa vuoroissa 30 minuuttia.

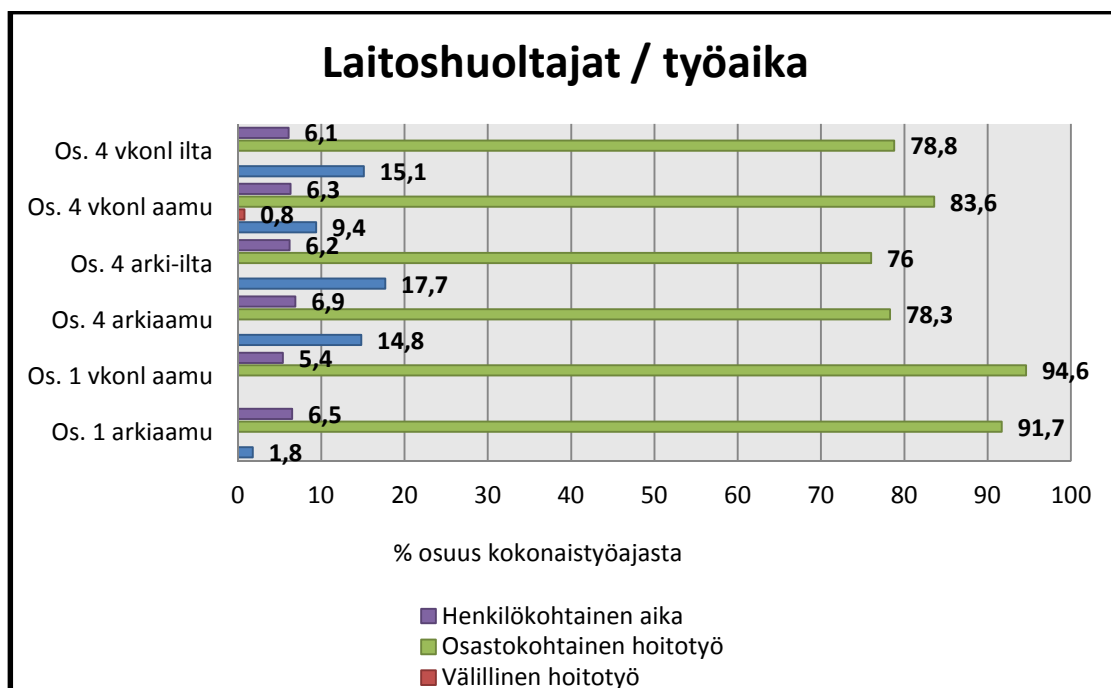


Kuvio 26. Lähihoitajien käyttämä aika henkilökohtaiseen aikaan

Osastolla 1 oli vähemmän eroa tutkimustulosten välillä. Kuitenkin osastolla 1 havainnoiden henkilökohtaiseen aikaan käytettiin enemmän aikaa kuin itseraportoiden lähihoitajien keskuudessa. Osastolla 1 aamuvuorossa havainnoiden henkilökohtaiseen aikaan kului 20–40 minuuttia ja iltavuorossa 20–50 minuuttia, kun itseraportoiden kului molemmissa vuoroissa 30 minuuttia työajasta. Itseraportoiden viikonlopun, välivuoron ja yövuoron henkilökohtaiseen aikaan käytettiin työaikaa yhteneväisesti, 30 minuuttia työajasta. (Kuvio 26.)

Laitoshuoltajien tulosten yhteenveto

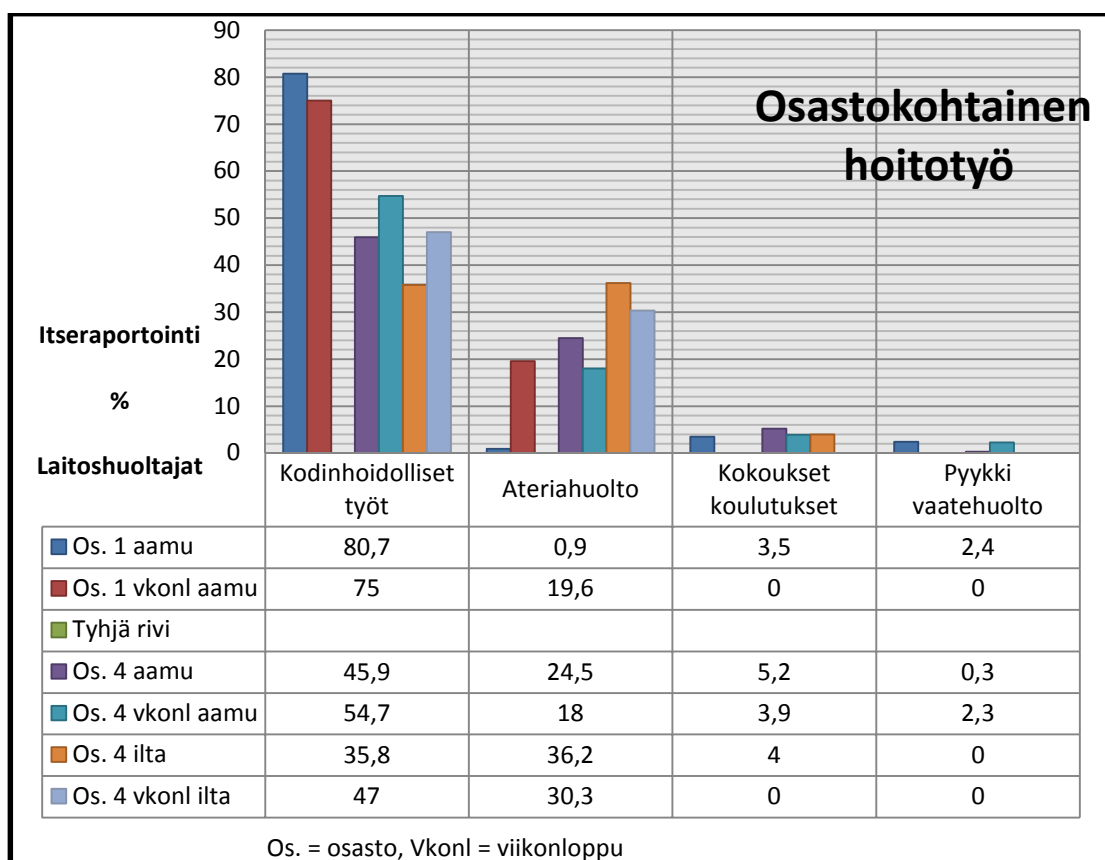
Kuviosta 27 voidaan lukea, että molempien osastojen laitoshuoltajat käyttivät melkein kaiken kokonaistyöajastaan osastokohtaisiin töihin. Osastolla 4 laitoshuoltajilla oli kuudennes tai alle työajasta välitöntä hoitotyötä jokaisessa työvuorossa. Osastolla 1 välitöntä hoitotyötä on vain hieman arkiaamuna. Henkilökohtaiseen aikaan laitoshuoltajat käyttivät yhteneväisiä aikoja molemmilla osastoilla, keskimäärin 30 minuuttia työajasta.



Kuvio 27. Laitoshuoltajien käyttämä aika välittömään, välilliseen ja osastokohtaiseen hoitotyöhön

Osastolla 1 laitoshuoltajilla suurin osa työajasta oli kodinhoidollisia töitä. Kuviosta 28 nähdään, että viidennes viikonlopun aamuvuoron työajasta käytettiin ateriahuollon töihin. Välitöntä hoitotyötä oli alle kaksi prosenttia työajasta, jakautuen moneen erilaiseen toimintoon.

Osastolla 4 osastokohtaiseen hoitotyöhön käytetty aika jakautui tasaisemmin kodinhoidollisten töiden ja ateriahuollon kesken, niin arkena kuin viikonloppuna. Aamuvuoroissa oli enemmän kodinhoidollisia töitä. Iltavuorossa niin kodinhoidollisiin töihin kuin ateriahuoltoon käytettiin kolmannes työajasta. Heillä kului työajasta alle kolmannes välittömään hoitotyöhön, joka käytettiin ruokailusta huolehtimiseen. Huomioitavaa on, että laitoshuoltajilla oli enemmän kokouksia/koulutuksia ja tiedonvälitystä kuin osastolla 1 niin arkena kuin viikonloppuna. (Kuvio 28.)



Kuvio 28. Laitoshuoltajien käyttämä aika osastokohtaiseen hoitotyöhön itseraportoinnissa

7 Pohdinta

7.1 Ajatuksia päätuloksista

Ilman omaa työajanseurantaamme emme voi uudistaa työnkuvaamme. Tarkastelemalla tuloksia muiden vastaavien tutkimusten kanssa voimme huomata oman työemme toimintamallin mahdolliset puutteet, ja hakea niihin parannusta. Oman rutiininomaisen työn tarkastelu itseraportoiden asettaa hoitohenkilöstön tilanteeseen, jossa oikeasti on tarkasteltava omaa toimintaansa, ja kuinka sitä kehitettäisiin.

Nykyään iäkkäät ja heidän omaisensa ovat valveutuneempia omista oikeuksistaan, sairauksistaan ja niiden hoidosta. Tiedon saannin lisääntyminen Internetin välityksellä mahdollistaa kaikille sen käyttäjille tiedonsaannin, vaikka tiedon ymmärtäminen ei aina kulje tietotulvan kanssa käsi kädessä. Yhteiskunnan säästötoimien ja muutosten edessä on vanhustyö ja pitkäaikaishoito joutuneet muutosten kouriin. Nyky-

yhteiskunnan kehitys ja ideologia asettavat hoitohenkilöstön ajoittain tukalaan asemaan, jollei hoitohenkilökunnan tieto-taito-osaaminen ole kohdennettu oikein. Kaikesta huolimatta, jokaiselle asukkaalle tulisi taata hyvä laadukas hoito ottaen huomioon hänen yksilöllisyytensä, päätöksentekokykynsä ja oikeutensa. Tämän johdosta tutkimuksen tekeminen työajanseurannasta on aiheeltaan ajankohtainen ja tärkeä, jotta voimme paremmin vastata uuden vanhustenhuoltolain (2012/980) asettamiin tavoitteisiin.

Ilvonen (2008, 333–334, 339) kirjoittaa kehittämisen olevan ongelmien tunnistamisen lisäksi oman työn ja yhteisten työskentelytapojen sekä laadun jatkuvaa arviointia. Voidaksemme toimia gerontologisina asiantuntijoina tulee meidän mitata työtämme voidaksemme arvioida ja kehittää työskentelytapojamme. Hänen mielestään iäkkäiden hoidon huonon laadun tai resurssipulan taustalla ei ole taloudellinen tai aliresursoitu vanhustenhoito, vaan taustalla saattaa olla huonosti organisoitu toimintayhteisö. Ilvosen mukaan iäkkäiden hoitotyön mainetta tulisi parantaa. Arvostamalla omaa työtään voidaan sitoutua laatutyöskentelyyn. Kuitenkin työskentelytapojen tutkiminen, laadun tulosten seuraaminen ja kehittävä toiminta edellyttävät jokaisen työntekijän sitoutumista kehittävään työotteeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten hoitajat, erityisesti sairaanhoitajat, käyttivät työaikansa kahdella Jyväskylän kaupungin Keljon pitkäaikaishoidon osastoilla 1 ja 4. Lähtökohtana oli saada tietoutta työajanjakaumasta osastoittain ja kuinka kyseistä tietoutta voitaisiin hyödyntää uudistettaessa sairaanhoitajan työnkuvaa. Tähän uudistamiseen tähtää Jyväskylän Kaupungin vanhus- ja vammaispalvelun puolelta vuonna 2011 alkanut ”Uudistuvat Työnkuvat” - hanke, joka on osana uuden sukupolven organisaatiouudistusta.

Sairaanhoitajaliitto (2013) painottaa, että sairaanhoitajan työnkuvan tärkeä osa-alue on hoitotyön ja oman alan asiantuntijuuden kehittäminen. Sairaanhoitajan tehtävänä on edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Ruontimo (2009, 22) sanoo, että yhteiskunnan resurssien vähetessä hoidon hyvä laatu ja kehittäminen tulisi turvata. Voisiko uusien hoivapalvelujen rakentamisen sijasta kehittää jo olemassa olevia rakenteita, toimintatapoja ja edellytyksiä?

Tutkimustuloksia tarkastellessa voidaan havaita, kuinka hoitohenkilöstö näkee oman työskentelynsä erilaisena kuin havainnoinnin tulokset osoittavat. Halonen (2012) kirjoittaa, että välittömässä hoitotyössä, joka tapahtuu asukkaan välittömässä läheisyydessä, tulisi tavoitteen olla vähintään 70 prosenttia työajasta. Havainnoiden ei kyseiseen tavoitteeseen ylletty, vaan välittömään hoitotyöhön käytettiin puolet tai vähemmän työajasta niin sairaanhoitajien kuin lähihoitajien keskuudessa. Kuitenkin havainnoinnin tulokset ovat verrannolliset Kanen ym. (2001), Sainion (2010), Partasen (2002) ja Hall:n & O'Brien-Pallasin (2000) suorittamiin pitkäaikaishoidon osastojen työajanseurantatuloksiin. Heidän tutkimusten tuloksissa pitkäaikaisosastojen hoitohenkilöstö kulutti alle puolet työajasta välittömään hoitotyöhön.

Tarkastellessa itseraportoinnin tuloksia huomataan, että tulokset olivat paremmat kuin havainnoinnin tulokset osoittivat. Itseraportoiden molempien osastojen sairaanhoitajat ja lähihoitajat olivat käyttäneet välittömään hoitotyöhön lähes 70 % työajasta, päästen lähelle ihanteellista tavoitetta. Nurmisen ja Pappisen (2011) suorittamassa työajanseurannassa päästiin vastaaviin tuloksiin. Peltokorven (2007) ja Halosen (2012) tekemissä pitkäaikaishoidon työajanseurannassa yllettiin melkein vastaaville tuloksille. Voidaankin ajatella, että 70 %:n tavoite ei ole liian korkea välittömän hoitotyön tavoitteeksi. Kuinka tavoitteeseen päästäisiin? Voidaanko hoitotyötä muuttaa asiakaslähtoisemmäksi vanhuspalvelulain (980/2012) mukaisesti? Vanhuspalvelulain avaintehtävänä on tukea vanhuksen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Toimintoja, joita ei voi tukea muuten kuin välittömän hoitotyön kautta. Hoitotyön, joka tapahtuu asukkaan läsnä ollessa.

Kuitenkin täytyy pohtia, kuinka on mahdollista, että tutkimustulokset eroavat toisistaan näin paljon pienen ajan sisällä? Onko havainnointi suoritettu oikein vai onko itseraportointi ollut totuudenmukaista? Ovatko havainnoijan omat mielipiteet vaikuttaneet havainnointitulokseen? Johtuuko tulosten eroavaisuus hoitohenkilöstön oman työnkuvan kaunistelemisesta vai vaikeudesta arvioida mikä yhtä aikaa suoritettavista hoitotyön toiminnoista oli pääasiallinen toiminto kyseisen 15 minuutin arvioajalla? Laitetaanko rasti kohtaan, jonka tiedetään olevan tutkimuksen kannalta oikea, vai arvioidaanko työtehtäviä rehellisesti? Vai onko ajateltava Pääkkösen (2003) tutkimuksen mukaisesti naisvaltaisen alan ja sosioekonomisen aseman vaikuttaneen raportoitavaan työaikaan.

Yleistyksenä näin emme voi tehdä, koska todellisuudessa emme tiedä kumpaa sukupuolta vastaajat ovat olleet. Voidaan vain arvella syitä, jotka ovat vaikuttaneet tutkimustulosten eroavaisuuteen. Yhtenä syynä voidaan pitää sairaanhoitajien vähyys havainnointiviikolla, vain neljännes havainnoitavista, jonka seurauksena yli puolet havainnoitavista oli lähihoitajia. Toisaalta sairaanhoitajien vähyys ei muuta osastojen toimintaa ratkaisevasti, joten tutkimustuloksia voidaan pitää luotettavina. Toisena syynä tai vaikeutena voidaan pitää työtehtävien moninaisuus samanaikaisesti, joka lisää päätöksen teon vaikeutta siitä mitä juuri sillä hetkellä tekee. Hoitajat voivat ohjata opiskelijaa samalla, kun suorittavat asukkaan pesuja tai keskustella omaisen kanssa samalla, kun pukevat tai siirtävät asukasta pyörätuoliin. Valinnan vaikeus on käsin kosketeltava. Kanen ja muut (2001) havaitsivat tekemässään pitkäaikaishoidon työajanseurannassa, että yli viidennes työajasta hoitohenkilöstö suorittaa enemmän kuin yhtä toimintoa kerrallaan. Tämän johdosta hoitotyön arviointiin täytyy suhtautua avarakatseisesti ja ymmärtävästi, eikä liian jyrkästi tuloksia tarkastellessa.

On kuitenkin pidettävä mielessä, että hoitotyö on työtä, jossa päivät eivät etene samalla tavalla. Asukkaiden kunto vaihtelee päivittäin, jolloin työn jakautuminen vaihtelee päivittäin eri toiminnoille. Kuumeileva ja huonovointinen asukas nostaa esimerkiksi sairaanhoitoon, voinninseurantaan ja lääkitykseen käytettyä aikaa. Mahdollisesti hän on liian huonossa kunnossa syödäkseen, jolloin ruokailussa avustamiseen käytetty aika vähenee. Tämän johdosta voidaan päätellä, että kaikki hoitotyön toiminnot ovat sidoksissa toisiinsa vaikuttaen työajanseurannan tuloksiin.

Hoitotyö jakautuu moniosaiseen kokonaisuuteen työpäivän aikana. Yksiselitteisesti ei voida puhua vain sairaanhoidosta vaan päivään mahtuu paljon sellaisia toimintoja, jotka suoritetaan poissa asukkaan läheisyydestä. Nämä tukipalvelutoimet ovat osasujuvan hoidon etenemistä. Tärkeätä on pysähtyä miettimään, miksi toiminnot ovat aikaa vieviä. Havainnointitulosten pohjalta tarkasteltuna hoitohenkilöstön työajasta kolmannes tai viidennes kului välillisiin toimintoihin. Toimintoihin, joita tehdään asukkaan välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten. Kuten molemmat tutkimukset osoittivat, kirjaaminen ja raportointi olivat aikaa vieviä toimintoja. Tietotekniikan kehittyminen yhteiskunnan asettamien tavoitteiden mukaisesti hoitotyön osana on lisännyt siihen kulutettavaa aikaa. Puhutaan, että tekniikka ja ohjelmistot nopeuttavat hoitotyön kirjaamista, mutta todellisuus on päinvastaista.

Kuinka asukkaalle taataan hyvä laadukas hoito, kun iso osa työajasta kului toimistos-
sa tietokoneen äärellä asiakastietojen kirjaamisessa?

Havainnointitutkimuksen ja itseraportoinnin tuloksia tarkastellessa esimerkiksi Parta-
sen (2002) Pro gradu-tutkimukseen, jossa hoitohenkilöstö käytti työpäivästä kuuden-
neksen kirjaamiseen ja raportointiin yhteensä, voidaan todeta kirjaamiseen ja rapor-
tointiin käytetyn ajan olevan samansuuntainen. Molemmissa tutkimuksissa, havain-
noinnissa ja itseraportoinnissa, kirjaamiseen ja raportointiin käytettiin kumpaankin
kuudennes tai alle työajasta. Myös Kanen ja muut (2001) tutkimuksessa hoitohenki-
löstö käytti kirjaamiseen viidenneksen työajasta. Ainoastaan Sainion (2010) tutki-
muksessa kirjaamiseen ja raportointiin oli käytetty vähän työaika, alle 5 % yhteensä.
Mielenkiintoista oli lukea Räsänen (2011, 51–52) väitöskirjasta, että kaikesta kirjaa-
miseen käytetystä ajasta huolimatta kirjaamisessa oli puutteita. Saman huomasivat
Jalonen ja Juvonen (2006, 50–53) opinnäytetyössään pitkäaikaishoidon osastoille.
Miten kirjaaminen saataisiin sujuvaksi? Onko syynä asukkaiden tasainen vointi vai
kirjaamiskriteereiden laatimisen vaikeus?

Hoitotyön jatkuvuuden takaamiseksi raportoinnin ja iäkkäiden asukkaiden voinnin ja
senhetkisen olotilan kertominen seuraavalle vuorolle on tärkeätä. Näin takaamme
hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden iäkkään etujen mukaisesti. Mutta onko osastoilla,
joilla hoidetaan elinkaarensa päässä olevia ihmisiä tarpeellista käyttää aikaa kaiken
maailman asiakastietojen täyttämiseen ja laatimiseen tietokoneille? Suuntauksena
onkin arvioida iäkkään toimintakykyä toimintakykymittareiden ja ohjelmien avulla,
esimerkiksi RAI:n avulla. RAI on laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seu-
rantajärjestelmä, jossa valikoitujen kysymysten avulla saadaan iäkkäiden palvelujen
tarve kartoitettua vaivattomasti. Tarkoituksena jatkossa olisi kyetä laatimaan kaiken-
kattava hoitosuunnitelma iäkkäille, jotta jatkuvaa kirjaamista voitaisiin vähentää.
Näin kirjaamiseen käytetty aika voitaisiin hyödyntää asukkaiden henkisen hyvinvoin-
nin ylläpitämiseksi keskustellen ja seurustellen, tehden asioita, joita ikäihmiset kai-
paavat.

Hoitoyksikössä on paljon tukipalveluiksi katsottavaa työtä, jonka takia hoidetaan yk-
sin kahden avustettavia vuodepotilaita, jotta ehditään kaikki tarvittava tekemään.
Onko yksin hoitaminen asiakaslähtöinen tapa työskennellä ja kuinka siitä olisi mah-

dollista päästä eroon? Tuloksia tarkastellessa havaitaan, että toisella osastolla on enemmän tukipalvelutehtäviä, ns. osastokohtaisia hoitotöitä. Tämä johtuu osastojen henkilökuntarakenteen eroista. Toisella osastolla on enemmän laitoshuoltajia, jotka hoitavat tukipalveluun kuuluvat siivouksen, ateriapalvelut ja pyykkihuollon. Uuden toimintamallin tulisi huomioida henkilökunnan rakenteen oikeellisuus työtehtäviä ajatellen. Havainnointitutkimuksessa, kuten itseraportoinnissa, ilmenee hoitajien runsas koulutusten määrä. Onko kouluttautuminen oikein suunnattua ja hoitotyön tarpeista lähtevää? Räsänen (2011) mukaan henkilöstön kouluttautuminen tulisi suunnata gerontologiseen osaamiseen. Tämä ohjaisi resurssit oikein, takaisi vahvan perustyön ja henkilöstön hyvinvoinnin sekä pysyvyyden.

lääkille tarjotaan tulosten mukaan hoitohenkilökunnan toimesta vähäisesti aktiviteetteja ja viriketoimintaa. Juuri niitä toimintoja, joilla iäkkäät tuntevat olevansa arvostettuja ja elämässä kiinni. Pitkäaikaishoidon asukkaat olivat tyytyväisiä hoitoon, mutta kaipasivat enemmän virikkeitä ja tekemistä sekä hoitajien aikaa (Stenroos 2009, 61–70). Aktiviteettien ja viriketoiminnan takaamisella pidetään iäkkään mieli virkeänä välttämällä masentuminen ja apaattisuus, jolloin toimintakyky ja omatoimisuus pysyvät korkeina. Onko ajanpuute syynä virikkeellisuuden vähyyteen vai henkilökunnan jaksamisen puute? Ajatellaanko, ettei pitkäaikaishoidon asukas tarvitse virikkeellisyttä?

lääkään mielenkiinnon herättäminen yhteiseen toimintaa osallistumiseen saattaa olla työn ja tuskan takana, mutta, kun osallistuneen iäkkään kasvoilta huomaa, kuinka hän siitä nauttii, on se kovan työn arvoista. Huolestuttavaa oli lukea Morin ja Leblancin (2005) tutkimuksesta hoitohenkilökunnan valmiudesta vähentää työaika vanhusten kuntoutuksesta ja heidän kanssaan kommunikoinnista. Tämä ei tue millään tavalla uuden vanhustenhuoltolain (2012/980) asettamia tavoitteita, jolloin iäkkäiden päätöksentekokykyä ja yksilöllisyyttä ei kunnioiteta.

Havainnointitutkimuksessa ilmeni suuri ero kahdella samanrakenteisella osastolla henkilökohtaisten taukojen pituudessa. Onko iltavuorojen suuremmat taukomäärät selitettävissä iltatyön keveyden perusteella vai onko syynä esimiehen poissaolo? On huomattava itseraportoinnissa hoitohenkilöstön ilmoittaman henkilökohtaiseen taukoon käyttämä aika. Melkein jokainen oli käyttänyt enimmillään työehtosopimuksen

mukaisen 30 minuutin taukoajan. Onko työajanseurantalomake täytetty toimintokeskeisesti ja rehellisesti. Henkilökohtaisten taukojen työaikalain mukaistamisella saataisiin enemmän aikaa välittömään hoitotyöhön.

Tehtävien tasapainoinen jakaminen koko vuorokaudelle antaa mahdollisuuden asiakaslähtöisen hoitotyön tekemiseen. Hoitajille tulisi taata aikaa välillisiin ja osastokohtaisiin hoitotöihin välittömän hoitotyön sallimissa puitteissa. Onko sairaanhoitajien aamun vastuuvuoro ratkaisu? Vastuuvuoro, jossa sairaanhoitajat paneutuvat oman tiimin asukkaiden hoitosuunnitelmiin, lääkitykseen ja osaston kehittämiseen sekä päivittäisten juoksevien asioiden hoitamiseen. Olisiko tämä toimintamalli toimiva kaikilla pitkäaikaishoidon osastoilla, jolloin sairaanhoitajille taattaisiin omanlaisensa koulutusta vastaava työnkuva?

Nuorten valmistuneiden hoitajien keskuudessa vanhustyötä ja pitkäaikaishoitoa ei koeta kiinnostavaksi tai vetovoimaiseksi työn fyysisen ja henkisen kuormittavuuden sekä vastuullisuuden vuoksi. Kähkösen (2012, 33) mukaan Hahtelan (2012) mielestä hoitotyön ammattilaiset ilmaisevat työn raskauden ja palkkauksen olevan ristiriidassa työn vaativuuteen ja työmäärään nähden. Yhteiskunnan arvostus hoitotyötä kohtaan osoitetaan palkkauksen vaatimattomuudella.

Nuoret työntekijät kokevat etteivät vanhustyö ole tarpeeksi vaativaa tai tehtäväkeistä hoitotyötä. Heidän mielestään ammattitaito valuu hukkaan, vaikka todellisuudessa työ pitkäaikaishoidossa vaatii hoitohenkilöstöltä vankkaa ammattitaitoa ja osaamista, päätöksentekokykyä sekä kykyä ymmärtää yhteys syyn ja seurauksen välillä. Kuinka hoitotyötä vanhusten puolella tulisi rikastuttaa ja kehittää, jotta vanhustyötä tekevät hoitajat arvostaisivat tekemäänsä laadukasta ja tärkeää vanhustyötä? Ovatko nykyajan tietotekniikkaan tottuneet nuoret loitontuneet ihmisläheisestä kontaktista, jonka johdosta vanhustyötä, joka on ihmisen lähellä tapahtuvaa hoitotyötä, ei arvosteta tai mahdollisesti jopa pelätään. Kasvokkain tapahtuva kommunikointi on saanut nuorison keskuudessa uudet piirteet Facebookin tai Twitterin seurauksena. Voidaanko pelkästään palkkauksen ja työnkuvan muuttamisella edesauttaa vanhustyön muuttumista laadulliseksi ja monipuoliseksi taaten laajan ammattitaidon osaamisen kartuttamisen?

Ilvonen (2009, 342) painottaa, että onnistuessaan kehittämistoiminta tukee henkilökunnan työhyvinvointia. Ikääntyneiden henkilöiden vähäinen toimintakyky ei välttämättä lisää työntekijöiden kuormittumista, vaan organisatoriset ratkaisut, kuten johtaminen ja työnjakomalli, vaikuttavat asiakkaiden toimintakykyyn ja niillä on merkitystä työntekijöiden hyvinvointiin. Hahtela ja Mäkipää (2011, 170–171) kirjoittivat, kuinka työn palkitsevuus kannustaa työntekijöitä hyvään työntekoon jopa terveydenhuollon organisaatiossa. Palkitsevuudella tarkoitettiin hyvää palkkaa, työsuhteen pysyvyyttä, mielekästä työtä ja toimivaa työyhteisöä. Työyhteisön optimaalinen henkilömitoitus ja järkevä työnjako vaikuttavat työtyytyväisyyteen ja sitä kautta parempiin hoitotuloksiin.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimustuloksia tarkastellessa kulmakiveksi nousee tutkimuksen luotettavuus (reli-aabelius), pätevyys (validius) ja eettisyys. Suoritetun tutkimuksen tulosten tulisi olla toistettavia. Kun kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen tai samaa kohdetta tutkitaan kahdella eri kerralla saaden samat tulokset, voidaan tuloksia pitää reliaaabeleina eli luotettavina. Pätevyys eli validius on tutkimusmenetelmän kyky mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym. 2005, 216). Eettisesti suoritettu tutkimus on rehellinen, huolellisesti toteutettu, tarkka tutkimustyö niin tietojen tallennuksessa, esittämisessä ja arvioinnissa.

Opinnäytetyö suoritettiin kahdella tavalla, ulkopuolisten havainnoitsijoiden suorittamana havainnointitutkimuksena ja osastojen hoitohenkilökunnan suorittamana itseraportointina. Hirsjärvi ja muut (2005, 202) kirjoittavat, että havainnoinnin suurimpana etuna on välittömän, suoran tiedon saaminen organisaation toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnoinnin luotettavuuden lisäämiseksi havainnointia suorittamaan valikoitui viidestä gerontologisen hoitotyön täydennyskoulutuksen suorittavasta sairaanhoitajasta kaksi, opinnäytetyön tekijä mukaan lukien, jotka työskentelevät toiminnoiltaan vastaavanlaisissa pitkäaikaishoidon yksiköissä. Työskentely vastaavanlaisessa työympäristössä lisäsi havainnoitsijoiden luontevaa sulautumista havainnoitavaan toimintaympäristöön aiheuttaen näin mahdollisimman vähän normaali-

liin päiväohjelmaan poikkeavuutta, joka saattaisi vaikuttaa havainnoitavien työskentelytapoihin.

Luotettavuuden lisäämiseksi valikoituneille havainnoitsijoille järjestettiin Jyväskylän kaupungin ”Uudistuvat työnkuvat”-hankkeen toimesta lyhytmuotoinen koulutus siitä, kuinka havainnointi suoritetaan ja mitkä asiat tulee ottaa huomioon. Havainnoitsijoiden oma sairaanhoitajan koulutus ja työskentely pitkäaikaishoidon osastolla saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta, mikäli havainnointia ei suoriteta objektiivisesti. Omaksuakseen objektiivisen havainnoinnin, käytiin havainnoitsijoiden havainnointitaitoa koetestaamassa yhtäaikaisesti molempien havainnoitsijoiden toimesta molemmilla valituilla osastoilla. Yhtenäisyys koehavainnoinnissa oli yli 90 %, joten tutkimustulos on luotettava sekä havainnointi tapahtui objektiivisesti. Havainnoinnin luotettavuutta lisättiin suorittamalla havainnointi samaa reittiä toistaen jokaisella 10 minuutin syklissä, sekä havainnoitsijat ajoittivat taukonsa eri ajankohtaan joka havainnointipäivä saadakseen kaiken kattavan työajanseurannan. Muistiinpanojen tekeminen toiminnoista, joita havainnoitsija ei osannut asettaa oikeaan kohtaan lisäsi tuloksien luotettavuutta, koska kyseiset toiminnot havainnoitsijat yhdessä pohtien sijoittivat oikeisiin sarakkeisiin. Grönforsin (2007, 161) mukaan muistiinpanoja on suotavaa tehdä, koska pelkkään muistiin ei voi luottaa. Muistiinpanot kirjoitettiin hoitotyötä häiritsemättä siihen varatussa paikassa.

Havainnoitsija saattaa läsnäolollaan häiritä tilannetta osastolla, jopa suorastaan muuttaa toimintojen kulkua (Hirsjärvi ym. 2005, 202.) Havainnoitsijat toimivat osallistuvina havainnoitsijoina, jotka tarpeen mukaan joutuivat kysymään havainnoitavalta mitä hän on tekemässä, jos itse eivät olleet varmoja havainnoitavan toiminnasta kyseisellä hetkellä. Opinnäytetyössä häiritsevyyttä vähentääkseen havainnoijat kävivät havainnoitavilla osastoilla esittelemässä itsensä ja kertomassa havainnointiviikon ohjelmasta ja kuinka havainnointi suoritetaan. Esittelyssä painotettiin, ettei kenenkään yksilösuoritusta tai työskentelytapaa havainnoida, ainoastaan työtehtävää, jota he ovat juuri suorittamassa. Ennalta esittely ja tutuksi tuleminen osastojen hoitohenkilöstölle lisäsi havainnoinnin luotettavuutta, sillä havainnointiviikon loputtua tiedusteltaessa havainnoinnin häiritsevyydestä vastaus oli: ” Eihän sinua edes huomannut tai me jo niin totuimme sinun läsnäoloon, ettemme sinua huomanneet”.

Hoitajat tekevät monia toimintoja työpäivänsä aikana yhtä aikaa, joka saattaa lisätä täsmällisen työajanseurannan vaikeutta. Kanen ja muut (2001) suorittamassa tutkimuksessa hoitohenkilökunta käytti 23,7 % työajasta enemmän kuin yhden toiminnon tekemiseen. Heidän mielestään tämä on varsin yleistä hoitotyössä. Hoitotyötä tekemänä voin allekirjoittaa väitteen. Osallistuessani oman osastoni työajanseurantaan koin vaikeutena päättää, mitä toimintoa pääsääntöisesti suoritin kyseisen 15 minuutin seuranta-ajan aikana. Myös Pääkkösen (2003, 122–125) tutkimus tukee osaltaan opinnäytetyön tulosten eroavaisuutta tuloksillaan. Hänen tutkimuksessaan monien pienten työtehtävien yhtä aikaisuus lisäsi päätöksen teon vaikeutta. Tulosten tarkasteluun onkin suhtauduttava kriittisesti ja yleistysten tekemisessä tulee olla varovainen.

Molemmissa tutkimuksissa käytettiin samaa työajanseurantalomaketta, joka lisää opinnäytetyön luotettavuutta ja pätevyyttä. Työajanseurantalomake oli laadittu Nurmisen ja Pappisen (2011) toimesta vastaavanlaiseen työajanseurannan itseraportointiin Jyväskylän kaupungin pitkäaikaishoidon osastoille. Itseraportoinnin luotettavuuden lisäämiseksi lomakkeen mukana hoitohenkilöstölle jaettiin samanlainen instruktio eli vastausohje kuin havainnointitutkimuksessa käytettiin. Vastausohje, jossa toiminnot olivat selitetty tarkasti, lyhyesti ja napakasti, kuten Valli (2007, 108) suosittelee.

Opinnäytetyössä otanta on pieni, kaksi pitkäaikaishoidon osastoa, kun Jyväskylän kaupungissa toimii yhdeksän pitkäaikaishoidon osastoa. Jokaisella pitkäaikaishoidon osastolla on omat toimintatapansa ja henkilökuntarakenteensa, jotka saattavat vähentää tutkimuksen luotettavuutta ja lisätä osastojen tulosten keskinäistä eroavaisuutta. Sairaanhoidajien vähäinen määrä havainnointitutkimuksessa saattoi vaikuttaa tutkimustulosten muodostumiseen. Toisaalta itseraportoinnissa palautui myös vähemmän sairaanhoidajien täyttämiä lomakkeita, joten tuloksia voidaan pitää luotettavina. Tämän johdosta tutkimustulokset esitetään osastoittain ja ammattiryhmin numeroina ja prosentteina taulukoissa ja kuviossa pyrkien vähentämään yleistysten ja virhetulkintojen mahdollisuutta.

Tulosten analysoinnissa tutkija on pyrkinyt toimimaan objektiivisesti ja yleistyksiä välttämällä. Peltokorpi (2007), Hakoma (2008), Partanen (2002), Nurminen ja Pappinen

(2011), Sainio (2010) ja Halonen (2011) saivat samansuuntaisia tuloksia tutkimuksissaan hoitohenkilöstön työajanseurannassa kuin opinnäytetyön tulokset osoittivat lisäten työn vahvistettavuutta. Lisäksi tulokset havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa perustuvat puhtaasti aineistoon eivätkä tutkijan käsityksiin. Tuloksia esitettäessä ja esille nostaessa tarkasteltiin toimintoja objektiivisesti ja korostettiin toimintoja, joihin eniten käytettiin työaikaa osastoilla estäen oman hoitotyön kokemuksen vaikutuksen asioiden tarkastelussa. Tuloksia käsiteltiin neutraalisti, pyrkimättä korostamaan negatiivisia tai positiivisia tuloksia. Tarkastellessa osastojen tuloksia yhdessä ja erikseen voidaan hyödyntää molempia näkökulmia kehitettäessä tulevaisuudessa sairaanhoitajan toimenkuvaa.

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä ja välillä uuvuttava prosessi. Opinnäytetyössä on kaksi suurta erillistä tutkimusta, jossa ensin tuli tarkastella kummankin tuloksia erikseen ja sitten tutkimuksien tuloksia tarkasteltiin vielä yhteenvetona. Havaitessaan itsessään väsymystä ja ärtyisyyttä tutkimuksen kirjoittamista kohtaan piti opinnäytetyöntekijä tauon ja keskittyi virkistämään itseään. Näin säilytettiin tutkimukseen tutkinnallinen ote eikä kyllästyneisyys aiheuttanut tulosten vääristymää.

Tutkimus suoritettiin eettisten periaatteiden mukaisesti. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on asianmukaisesti ilmoitettu tekstissä ja lähdeluettelossa. Tulokset on ilmoitettu rehellisesti sellaisina kuin ne on todettu. Raportoinnissa on suoritettu oikeudenmukaisesti ja totuudenmukaisesti. Havainnointitutkimukseen haettiin asianmukainen tutkimuslupa sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta vastualuejohtajalta.

Tutkimuksen kohdetta, hoitohenkilökuntaa, on informoitu asianmukaisesti tutkimuksen kulusta ja luottamuksellisuudesta. Osastoiden, joilla havainnointitutkimus suoritettiin, omaisia informoitiin etukäteen osastolla tapahtuvasta havainnoinnista osaston seiniin kiinnitetyillä kirjeillä (liite 4). Työajanseurantalomakkeet eivät sisältäneet henkilöiden nimiä ja lomakkeet hävitettiin tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti. Tutkija on ollut rehellinen itselleen, tutkittaville ja lukijoille.

7.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys

Opinnäytetyön oli osa Jyväskylän kaupungin ”Uudistuvat työnkuvat” – hanketta.

Hanke kartoittaa pitkäaikaishoidon osastojen työajan käyttöä, saadakseen selille miten hoitajien työnkuvaa tulisi uudistaa, jotta kaikkien osaaminen ja koulutus tulisivat hyödynnettyä oikein.

Opinnäytetyöstä saadaan tuloksia kahdella eri tutkimustavalla, havainnoinnin ja itse-raportoinnin kautta. Työajanseuranta monella eri tavalla antaa totuudenmukaisemman kuvan työajan jakaumasta. Tuloksia pystytään tarkastelemaan laajemmin.

Opinnäytetyön on ensisijaisesti suunnattu Jyväskylän kaupungin ”Uudistuvat työnkuvat” – hankkeen käyttöön, mutta tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä muiden pitkäaikaishoidon yksiköiden hoitohenkistön työnkuvaa. Pitkäaikaishoidossa on hyvin laaja työnkuva kaikilla hoitohenkilöstöllä. Hyödyntämällä tuloksia saadaan yhtenäistettyä eri yksiköiden hoitohenkilökunnan työnkuvaa, jolloin henkilöstön liikkuvuus osastojen välillä tulee mahdolliseksi. Näin voimme joustavasti siirtää henkilöstöä sinne missä on tarve lisähenkilöstölle tai erityisosaamiselle.

Pitkäaikaishoidon osaston sairaanhoitajana oma ammatillinen kasvu kehittyi opinnäytetyötä tehdessä, antaen itselle uusia työkaluja ja ymmärrystä työskentelyyn. Opinnäytetyö herätti ajattelemaan kuinka työtä tekee ja missä asiassa voisi parantaa. Arvostus iäkkäitä kohtaan on ollut aina suuri, mutta työn laajuus veroittaa heille annettavaa aikaa. Opinnäytetyötä tehdessä oma näkemys syventyi ymmärtämään iäkkäitä enemmän omina yksilöinä, joilla on omat toiveet, tarpeensa ja oikeutensa.

7.4 Jatkotutkimusaiheita

Nuoret valmistuvat sairaanhoitajat eivät koe pitkäaikaishoitoa vetovoimaiseksi tai tarpeeksi haasteelliseksi. Heidän mielestään pitkäaikaishoito on perushoitoa, jonka seurauksena ammattitaito valuu hukkaan. Kautta aikohen pitkäaikaishoidon arvostus on ollut alhainen. Nuorten valmistuvien sairaanhoitajien osaamista ja tietämystä pitkäaikaishoidosta tulisi selvittää. Selvittääkö pitkäaikaishoidon todellinen työnkuva valmistuvien sairaanhoitajien käsitystä siitä?

Toisaalta myös pitkäaikaishoidossa työskentelevien sairaanhoitajien tai hoitohenkilöstön arvostus omaa työtään kohtaan on paikoittain alhainen. Keskustelut työn raskaudesta ja heikosta palkkatasosta vain lisäävät valmistuvien sairaanhoitajien haluttomuutta siirtyä työskentelemään pitkäaikaishoittoon. Oman työn arvostusta tulisi lisätä. Palkkaus ja työn raskaus ovat tekijöitä joihin emme voi vaikuttaa yhteiskunnan asettamien tavoitteiden ja säästötoimien myötä. Kuitenkin muuttamalla työnkuvaa omaa osaamista vastaavaksi ja mielekkäämmäksi voidaan arvostusta mahdollisesti lisätä. Tutkimalla tai haastattelemalla pitkäaikaishoidon hoitohenkilöstön saadaan ajankohtaista ja tarkkaa tietoa siitä miten työnkuvaa tulisi muuttaa kohti parempaa työskentelyä ja osaamista.

LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön: osaamista hyvään arkeen. WSOY Oppimateriaalit Oy.

ETENE-raportti. 2008. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE-julkaisuja 20. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

EurLex. 2003. Euroopan Parlamentin ja Neuvoston Direktiivi 2003/88/EY. Tietyistä työajan järjestämisestä koskevista seikoista, 4.11.2003. Viitattu 11.6.2013. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:FI:PDF>

Euroopan komissio. 2013. Terveys-EU, Terveysterveystieteen, Pitkäaikaishoito. http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_fi.htm

Grönfors, M. 2007. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Toim. R. Aaltola & R. Valli. 2. korj. ja täyd. p. Juva: WS Bookwell Oy. 151-169.

Hahtela, N. & Mäkipää, S. 2011. Työn palkitsevuus. Teoksessa Sairaanhoidaja asiantuntijana, hoitotyön vuosikirja 2011. Toim. Iiro Ranta. Julkaisija Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy, 170-179.

Hakoma, M. 2008. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos, hoitotiede, hoitotyön johtaminen.

Hall, L. & O'Brien-Pallas, L. 2000. Redesigning nursing work in long-term care environments. Nursing Economics 18 (2), 79-87.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Toim. L. Hallila. Hygieia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 70-96.

Hallila, L. (toim.). 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Hygieia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Toim. L. Hallila. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 23-35.

Hallila, L. 2005. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Toim. L. Hallila. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 97-110.

Halme, S-L. 2012. Asiakkaan ainutkertaisuus ja tasa-arvo. Teoksessa Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt, Hoitotyön vuosikirja 2012. Toim. I Ranta. Julkaisija Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy, 101-106.

Halonen, U. 2011. Uudistuvat työnkuvat. Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelut, vastualueen uudistuvat työnkuvat – kehittämishanke. Tehtävän 1 raportti. Lähtötilanteen analyysi. Jyväskylä.

- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Hygieia. Tampere: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hämäläinen, L., Parviainen, S., Rissanen, K., Nakari, M., Saarman, E-L., Kurkinen-Kopra, E., Ohmero, S., Ikonen, E. & Uusisilta, A. 2011. Pitkäaikaishoidon laatukäsikirja, "Laatu näkyväksi". Jyväskylän kaupunki.
- Ilvonen, K. 2009. Kehittäminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen. ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOYpro, 333 -345.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyöstä. Teoksessa Hoitotyön perusteet. Toim. E-A. Skaug. EDITA. Tanska: Narayana Press, 15-29.
- Jalonen, R. & Juvonen M. 2006. Kirjaamisen kriteerien toteutuminen Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoidossa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 2000. Hoitotyön etiikan perusteet. Vantaa: Tummanvuoren Kirjapaino Oy.
- Kane, R., Flood, S., Keckhafer, G. & Rockwood, T. 2001. How EverCare Nurse Practitioners Spend Their Time. Journal of the American Geriatrics Society 49, 1530-1534.
- Kuntatyönantajat. 2013. KVTES, Työajat, Tietopaketti työajoista, Jaksotyö. Viitattu 11.6.2013
<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/sopimukset/kvtes/tyoajat/tietopaketti/Sivut/jaksotyö.aspx>
- Kähkönen, E. 2012. Sairaanhoidajat karkaavat muille aloille. Sairaanhoidaja, Hoitotyön johtava ammattilehti. 2/2012, 33.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 15.4.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 29.10.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- L 3.8.1992/734. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Viitattu 15.4.2013 [http:// www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734)
- L 9.8.1996/605. Työaikalaki. Viitattu 23.4.2013
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960605>
- Liukkonen, P. 2008. Henkilöstön arvon mittaaminen. Talentum Media Oy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Morin, D. & Leblanc, N. 2005. Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. International Journal of Nursing Practice 11, 214-220.

- Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa: Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C osa 183. Turku: Painosalama Oy.
- Mäkipää, S. & Hahtela, N. 2011. Tieto ja asiantuntijuus sairaanhoitajan työssä. Teoksessa Sairaanhoitaja asiantuntijana, Hoitotyön vuosikirja 2011. Toim. I Ranta. Julkaisija Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy, 34-42.
- Nieminen, M. 2005. Eurooppa eläköityy eri tahtiin. Tilastokeskus. Viitattu 29.10.2013. http://www.stat.fi/tup/tietotrendit/tt_01_05_nieminen.html
- Nurminen, S. & Pappinen, M. 2011. Sairaanhoitajan työnkuva, Jyväskylän kaupungin pitkäaikaishoidossa ja vammaispalveluissa. Kehittämishanke. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen, ammatilliset erikoistumisopinnot.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto: Opetus- ja tutkimusyksikkö. Kuopion Yliopistollinen sairaala. Hoitotieteenlaitos. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Peltokorpi, P. 2007. Hoitohenkilöstön työajankäyttö ja henkilöstömitoitus vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos, hoitotiede.
- Pääkkönen H. 2003. Työajan mittaamisen menetelmäerot. Teoksessa Työajan muutokset. Toim. L. Hulkko. Tilastokeskus. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 122-125.
- Ruontimo, T. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Sairaanhoitaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana. Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana. Tehyn julkaisusarja B selvityksiä 3/2009. Helsinki: Multiprint Oy.
- Ruotsalainen, R. 2013. Väestö vanhenee – heikkeneekö huoltosuhde? Tilastokeskus. Viitattu 29.10.2013. http://www.tilastokeskus.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Sainio, T. 2010. Hoitohenkilökunnan työajankäyttö terveyskeskuksen poliklinikalla. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto, Hoitotiede, Hoitotyön johtaminen, hoitotieteenlaitos.
- Sairaanhoitajaliitto. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Viitattu 26.3.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/gerontologinen_hoitotyö/
- Sairaanhoitajaliitto. 2013. Sairaanhoitajan työ. Viitattu 26.3.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/
- Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutiainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY, 27-40.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Sosiaali- ja terveystalvet. Laitoshito. Viitattu 26.3.2013 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/sosiaalitalvet/laitoshito

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 29.10.2013. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1860580#fi>

Stenroos, M. 2009. Pitkäaikaistaltilaiden hyvä hoito ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Pro gradu – tutkielma. Kuopion Yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Tilastokeskus. 2013. Väestöennusteet ovat aina aliarvioineet eliniän pitenemisen. Viitattu 29.10.2013. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-12-14_007.html?s=6

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M (toim.). 2010. Geriatria. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu. Toim. P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri. STAKES. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 77-87.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Porvoo: WSOY.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevälle tutkijalle. Toim. R. Aaltola & R. Valli. 2. korj. ja täyd. p. Juva: WS Bookwell Oy. 102-126.

Valtionvarainministeriö. 2001. Osaamisen johtaminen. Kehittämishankkeen loppuraportointi. Valtionvarainministeriön työryhmämuistioita 6/2001. Viitattu 10.6.2013. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/06_valtion_tyomarkkinalaitos/4064/4065_fi.pdf

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. STAKES. Tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Ikäihmistien laitoshito. Teoksessa Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu. Toim. P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri, H. STAKES. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 115–121.

LIITTEET

Liite 1. Hoitohenkilöstön työajanseurantalomake/havainnointi

Päiväys:___Osasto:_____Ammattinimike: sairaanhoitaja / lähihoitaja Koodi:___Työaika:___

Työtunnit						
1 VÄLITÖNHOITOTYÖ						
1.1.1 Perushoito ja ohjaus: hygienia						
1.1.2 Perushoito ja ohjaus: WC-käynnit						
1.1.3 Perushoito ja ohjaus: Asentohoito						
1.1.3 Perushoito ja ohjaus: Siirto						
1.1.4 Perushoito ja ohjaus: Ruokailu						
1.1.5 Perushoito ja ohjaus: Lääkkeet						
1.1.6 Perushoito ja ohjaus: Muu						
1.2 Sairaanhoito						
1.3 Aktiviteetit ja viriketoiminta						
1.4 Voinnin tarkkailu						
1.5 Yhteistyö omaisten kanssa						
1.6 Siirtäminen ja kuljettaminen						
1.7 Tulo- ja lähtötilanne						
2 VÄLILLINEN HOITOTYÖ						
2.1 Hoitotyön kirjaaminen						
2.2 Hoitotyön raportointi						
2.3 Asiakastyöhön liittyvä kommunikointi						
2.4 Lääkehoito						
2.5 Kuljetus, odottelu ja etsiminen						
3 OSASTOKOHTAINEN TYÖ						
3.1 Kodinhoidolliset työt, siivoustyö						
3.2 Ateriahuolto (ei syöttäminen)						
3.3 Pyykkihuolto, vaatehuolto						
3.4 Toimistotyö						
3.5 Osastokommunikaatio						
3.6 Kokoukset, koulutus/tiedonvälitys						
3.7 Opiskelijaohjaus						
3.8 Välineet, varastot: tarkastus/täydennys						
4 HENKILÖKOHTAINEN AIKA						
4.1 Henkilökohtaiset asiat, tauot						
4.2 Muu						
5 EI NÄHTÄVISSÄ						

Liite 2. Havainnoinnin toimintoluokat

HAVAINNOINNIN TOIMINTOLUOKAT

1 VÄLITÖN HOITOTYÖ = Hoitotyön toiminnot, jotka tehdään asukkaan ja / tai omaisen läsnä ollessa.

1.1 Perushoito- ja ohjaus: Asukkaan luona tapahtuva jokapäiväisistä toiminnoista huolehtiminen/ohjaus kuten pukeutumisesta, wc-käynnit, hygienia- ja pesutoimet.. Asentohoito esim. kääntäminen, nostaminen, siirroissa (esim. pyörätuoli/geriatriinen tuoli) ja kävelyssä avustaminen/tukeminen. Saunotus /kylvetys/ suihkut. Ruokailu ja siihen liittyvät toimenpiteet, kuten ruokailuun valmistaminen, asukkaan syöttäminen ja siinä avustaminen. Lääkkeiden antaminen eri muodoissa (esim. p.o, i.m, s.c, per rectum). Asukashälytyksiin vastaaminen. Vainajan laitto.

1.1.1 Toimintakykyä ylläpitävä toiminta: Arvioi perushoidosta käyttämäsi aika kuntouttavaan työotteeseen päivän aikana ja vähennä se perushoidosta

1.2 Sairaanhoito: Erilaiset tutkimukset ja toimenpiteet kuten pistokset, korvahuuhtelut/korvien tarkastukset, haavahoidot, kesto/kertakatetroinnit. Näytteenotot esim. veri-, virtsa-, ulostenäytteiden ottaminen ja merkitseminen. Hapiohoito. Iv- hoidon aloitus/ lopetus, infuusiopussin vaihto, nopeuden säätö. Verenpaineen, pulssin, verenokerin ja lämmön mittaaminen ja ylösmerkitseminen. Mittaustulosten kertominen asukkaalle/omahoitajalle ja ohjaus. Erilaisten toimintakykymittareiden teko esim. MMSE, RAI- liikelaajuus testit ym. Asukkaan hoidontarpeen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi ja hoitoon lähettäminen muualle. Lääkäripalvelu, kuten lääkärin kierrot ja siihen liittyvät asiat.

1.3 Aktiviteetit ja viriketoiminta: Apuvälineiden hankkiminen, ohjaus ja neuvonta. Kuntoutuksen suunnittelu ja toteuttaminen. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Erilaiset asukkaiden virkistämiseksi tarkoitetut tapahtumat, retket, pelit, musiikki-tuokiot, lukeminen, ulkoilu, seurustelu, harteudet ym.

1.4 Voinnin tarkkailu: Rutiinitarkkailut ja valvontakierrot esim. yöllä, myös valvontakameroiden kautta. Oireiden seuranta esim. ahdistus, pelko, tajunta / orientaatio, kipu, verenkierto, hikoilu, sidosten kunto.

1.5 Yhteistyö omaisten/ läheisten kanssa: Keskustelu omaisen/ läheisen kanssa. Puhe-ohjelmassa keskustelu omaisen/läheisen kanssa. Omaisen ohjaaminen ja tukeminen. Palvelusuunnitelmat/ kuntoutussuunnitelmat/ perhepalaverit, joissa mukana asukas, omainen ja eri yhteistyötahot.

1.6 Siirtäminen ja kuljettaminen: Asukkaan saattaminen toiselle osastolle/yksikköön tai samalla osastolla/yksikössä toiseen paikkaan esim. harteustilaisuuteen tai päivätoimintaan vieminen. Siirrot kävellen, pyörätuolilla tai sängyllä.

1.7 Tulo- ja lähtötilanne: Tulohaastattelu ja kaavakkeiden täyttö. Osastoon/yksikköön orientoituminen.

Liite 2 jatkuu. Havainnoinnin toimintoluokat

2 VÄLILLINEN HOITOTYÖ = Toiminnot, jotka tehdään asukkaiden välittömän hoitotyön valmistelua tai loppuunsaattamista varten.

2.1 Hoitotyön kirjaaminen: Päivittäisen hoidon ja siihen liittyvien erilaisten tietojen kirjaaminen. Hoitotyön suunnitelmat, myös hoitotyön suunnitelmiin liittyvät lääke-
rinnmääräykset. Tutkimusten tilaaminen ja vastausten tarkistaminen atk:n kautta. Hoi-
toisuusluokitusten tekeminen. Asukkaan kotiutumiseen, osastolta/yksiköstä siirtymi-
seen liittyvä kirjaaminen (sisään- ja uloskirjaus atk:lle).

2.2 Hoitotyön raportointi: Työvuoron vaihtuessa annettava raportointi tai muulloin
tapahtuva suullinen tai pelkästään asukaspapereiden/viestivihon kautta tapahtuva
viestiminen/raportointi hoitajien/ohjaajien kesken.

2.3 Asiakastyöhön liittyvä kommunikointi: Asukkaan hoitoihin / tutkimuksiin liittyvä
kommunikaatio lääkäreiden ja muiden jäsenten kesken esim. paperikierrot, kun asu-
kas ei läsnä. Potilastietojärjestelmän (TerveysEffic) välityksellä viestintä. Puhelimes-
sa tapahtuva asukkaan tilanteeseen liittyvä kommunikaatio eri tahojen kanssa (muut
hoitopaikat, parturi, jalkahoitaja ym.). Asukaspuheluiden välittäminen tai asukkaan
hakeminen puhelimeen. Sähköpostiviestintä. Kollegacoachaus (kollegoiden tuki ja
ohjaus).

2.4 Lääkehoito: Lääkehoidon suunnittelu, lääkemääräysten vastaanottaminen, lääki-
tysten tarkistaminen. Lääkelistojen päivitys. Lääkkeiden tilaus, vastaanotto ja jakami-
nen. Lääkehoidon ohjaus, seuranta ja arviointi. Lääkkeenjakolupien vastaanotto. Lu-
vanvaraisten tehtävien vastaanotto (esim. s.c, i.m – luvat). Lääkityspoikkeamat (Haip-
rot) ja niiden käsittely. Vanhaksi menneiden lääkkeiden palautus apteekkiin. Lääke-
kaappien ylläpito ja siivous.

2.5 Kuljetus, odottelu ja etsiminen: Toiminnan, puhelun, informaation odottaminen
esim. toisen työntekijän, ohjauksen odottaminen ja työntekijän etsiminen. Yksiköstä
toiseen yksikköön vaihtaminen. Näytteiden kuljetus laboratorioon.

3 OSASTOKOHTAINEN TYÖ = Osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät toiminnot ja
tehtävät.

3.1 Kodinhoidolliset työt ja siivoaminen: Asukashuoneiden ja yhteisten tilojen siis-
timinen ja järjestely. Asukashuoneiden ja yhteisten tilojen siivoaminen Jätehuolto,
roska-astioiden tyhjennys, kukkahuolto. Perussiivoustyö. Siistimistoimenpiteet (mm.
keittiön siistiminen ruokailun jälkeen)

3.2 Ateriahuolto: Ruoan kuljetus osastolle/yksikköön ja pois sieltä. Ruoan jakaminen.

3.3 Pyykkihuolto, vaatehuolto: Likaisten pyykkien kerääminen, puhtaiden jakaminen, vuodevaatteiden vaihto. Vaatteiden pesu, kuivumaan laitto, kaappiin laitto yms. Vaatteiden valmiiksi etsiminen esim. pyhää tai juhlia varten.

Liite 2 jatkuu. Havainnoinnin toimintoluokat

3.4 Toimistotyö: Muistioiden ja raporttien laatiminen sekä muu tiedottaminen. Hoito-ohjeiden tekeminen. Jokin muu hallinnollisiin toimintoihin liittyvä, jota ei edellisissä kohdissa ole huomioitu esim. postinkäsittely, materiaalihallinto yms. Työvuoro-suunnittelu, sijaisten hankkiminen.

3.5 Osastokommunikaatio: Työhön liittyvä kommunikaatio, joka ei liity suoraan yksittäisiin asukkaisiin. Työhön liittyvät puhelinkeskustelut, sopimiset, tilaukset, lainaamiset. Muiden kuin sisällä olevien asukkaiden (jonottavat, tulevat, vuorohoito) asioita koskeviin tiedusteluihin vastaaminen.

3.6 Kokoukset, koulutus / tiedonvaihto: Yleinen osastoon liittyvä tiedonvaihto ja neuvottelut. Työhön liittyvät kokoontumiset, tiimipalaverit. Tiedotteisiin / muuhun työhön liittyvään materiaaliin tutustuminen. Toisen työntekijän ohjaus. Ulkopuolinen tai sisäinen koulutus

3.7 Opiskelijaohjaus: Opiskelijoiden ohjaus osaston/työyksikön toimintaan liittyen. Opiskelija-arvioinnit ja keskustelut opettajien kanssa.

3.8 Välineet, varastojen tarkistus / täydennys: Osastolla/yksikössä olevien varastojen tarkistaminen, tilaaminen ja täyttö. Varasto-, väline- ja hoitotarviketilaukset. Eri-laisten hoitovälineiden toimintavalmiuden tarkistaminen, kalibrointi.

4 HENKILÖKOHTAINEN AIKA = Henkilökohtaiset toiminnot, jotka eivät liity asukkaaseen tai osasto/yksikkökohtaiseen työhön.

4.1 Henkilökohtaiset asiat, tauot: Ruoka- ja kahvitauot. Wc-käynnit. Osaston ulkopuolella käynnit ilman työtehtäviä. Työhön liittymättömät keskustelut työtovereiden kanssa. Henkilökohtaisten asioiden hoitaminen, puhelut.

5. MUU = Toiminnot, joita ei osaa sijoittaa mihinkään edellä mainittuun. Kuvaa lyhyesti toiminta. Muista merkitä onko asukas läsnä, liittyykö osastolla hoidettaviin asukkaisiin vai onko yleisluonteista / osastokohtaista toimintaa.

Liite 3. Havainnointitutkimuksessa välittömän ja välillisen hoitotyön työajan jakauma

Välitön hoitotyö Havainnointi- tutkimus	Sairaanhoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Sairaanhoitajat osasto 4 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 4 aamu / ilta %
Perushoito- ja ohjaus: <i>Hygienia</i>	8,0 / 16,0	12,5 / 15,6	23,0 / 21,0	20,0 / 14,0
Perushoito- ja ohjaus: WC-käynnit	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1,0 / 0
Perushoito- ja ohjaus: <i>Asentohoito</i>	0,4 / 7,4	1,9 / 8,9	5,0 / 8,0	5,0 / 9,0
Perushoito- ja ohjaus: <i>Siirto</i>	0,4 / 2,1	1,2 / 0	4,0 / 1,0	2,0 / 2,0
Perushoito- ja ohjaus: <i>Ruokailu</i>	5,8 / 14,9	11,9 / 15,6	18,0 / 15,0	18,0 / 22,0
Perushoito- ja ohjaus: <i>Lääkkeet</i>	0,4 / 2,1	0 / 0	1,0 / 1,0	1,0 / 0
Perushoito- ja ohjaus: <i>Muu</i>	0,4 / 0	0 / 0	1,0 / 1,0	0 / 0
Sairaanhoito	15,5 / 10,6	2,5 / 0	2,0 / 0	0 / 0
Aktiviteetit ja viriketoiminta	0 / 1,1	0 / 0	1,0 / 0	0 / 0
Voinnintarkkailu	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1,0
Yhteistyö omaisten kanssa	0 / 1,1	3,1 / 2,2	0 / 0	2,0 / 1,0
Siirtäminen ja kuljettaminen	0 / 1,1	0,6 / 0	0 / 0	0 / 0
Tulo- ja lähtötilanne	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
YHTEENSÄ	31,0 / 56,4	33,7 / 42,2	54,0 / 49,0	49,0 / 51,0
Välillinen hoitotyö Havainnointi- tutkimus	Sairaanhoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Sairaanhoitajat osasto 4 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 4 aamu / ilta %
Hoitotyön kirjaaminen	3,1 / 6,4	8,7 / 5,6	8,0 / 4,0	8,0 / 6,0
Hoitotyön raportointi	8,0 / 8,5	9,4 / 3,3	7,0 / 6,0	10,0 / 5,0
Asiakastyöhön liittyvä kommunikointi	3,1 / 2,1	7,5 / 8,9	1,0 / 1,0	2,0 / 2,0
Lääkehoito	9,3 / 0	8,1 / 21,1	2,0 / 3,0	1,0 / 8,0
Kuljetus, odottelu ja etsiminen	1,8 / 0	1,2 / 0	1,0 / 1,0	0 / 0
YHTEENSÄ	15,4 / 42,5	27,0 / 40,1	51,0 / 49,0	47,0 / 49,0

Liite 4. Itseraportoinnissa välittömän hoitotyön työajan jakauma

VÄLITÖN HOITOTYÖ ITSERAPORTOINTI	Sairaanhoidajat osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Sairaanhoidajat osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Sairaanhoidajat osasto 4 AAMU arki/viikonloppu %	Sairaanhoidajat osasto 4 ILTA arki/viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 VÄLIVUORO %	Lähihoitajat osasto 1 YÖVUORO %	Lähihoitajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 YÖVUORO %	Laitoshoitajat osasto 1 AAMU arki/viikonloppu %	Laitoshoitajat osasto 4 AAMU arki/viikonloppu %	Laitoshoitajat osasto 4 ILTA arki/viikonloppu %
Perushoitaja ohjaus: Hygienia	14,9 / 24,4	17,1 / 32,3	22,0 / 29,8	22,1 / 22,8	27,0 / 26,6	30,3 / 31,3	25,3	19,8	27,9 / 26,1	23,9 / 25,1	16,2	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Perushoitaja ohjaus: Wckäynnit	2,6 / 4,6	4,8 / 4,6	4,6 / 1,2	2,3 / 2,9	4,0 / 7,1	3,9 / 1,8	4,2	4,1	1,4 / 1,8	2,5 / 2,4	1,1	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Perushoitaja ohjaus: Asento-hoito	0,8 / 5,8	4,4 / 4,6	6,4 / 6,9	12,1 / 5,7	3,8 / 3,4	4,8 / 5,3	2,0	21,7	6,0 / 5,6	8,0 / 8,6	23,4	0,6 / 0	0 / 0	0 / 0
Perushoitaja ohjaus: Siirto	1,2 / 1,2	1,3 / 1,5	1,8 / 0	1,6 / 14,3	2,8 / 1,5	3,2 / 3,6	4,7	0,4	3,4 / 3,0	2,0 / 3,7	1,2	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Perushoitaja ohjaus: Ruokailu	12,9 / 22,1	15,4 / 24,6	14,9 / 27,6	17,2 / 5,7	18,9 / 20,6	20,0 / 17,4	13,2	1,6	22,0 / 25,8	21,7 / 21,7	3,3	0,6 / 0	11,4 / 7,8	12,7 / 15,1
Perushoitaja ohjaus: Lääkkeet	2,0 / 2,3	5,7 / 1,5	4,9 / 3,5	4,1 / 0	2,2 / 4,1	2,1 / 1,8	0,9	5,0	2,3 / 3,5	3,4 / 6,3	2,8	0 / 0	0,7 / 0	0 / 0
Perushoitaja ohjaus: Muu	0,4 / 0	2,2 / 0	0,6 / 0	0 / 0	0,6 / 0,8	0,5 / 0	0,5	3,2	0,1 / 0	0,5 / 0	0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Sairaanhoido	9,1 / 4,7	4,4 / 7,7	3,6 / 2,3	0,5 / 5,7	1,3 / 1,5	1,0 / 0	0,9	1,5	0,9 / 0	0,5 / 0,5	0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Aktiviteetit ja virike-toiminta	3,6 / 2,3	2,6 / 0	1,2 / 0	0 / 0	0,6 / 1,5	1,0 / 1,3	0,9	1,4	0,5 / 0,3	0,6 / 0,8	0	0,3 / 0	2,0 / 1,6	2,7 / 0
Voinnintarkkailu	0,4 / 0	2,6 / 0	3,1 / 1,1	1,3 / 8,6	0,8 / 0,8	1,0 / 0,9	0,3	5,9	1,2 / 3	1,7 / 2,6	25,9	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Yhteistyö omaisten kanssa	1,4 / 3,5	3,5 / 1,6	4,0 / 1,1	3,6 / 2,9	0,2 / 0,8	0,6 / 0,9	0,3	0	0,3 / 0,5	1,6 / 1,3	0	0,3 / 0	0,7 / 0	2,3 / 0
Siirtäminen ja kuljetta-minen	0,4 / 0	0 / 0	0,6 / 0	0,3 / 0	0,4 / 0	0,1 / 0	0	0	2,2 / 1,8	1,6 / 1,3	0,3	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Tulo/lähtö-tilanne	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1,0 / 0	0 / 0	0 / 0	0	0	0 / 0	0,1 / 0	0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
YHTEENSÄ	49,7 / 70,9	64,0 / 78,4	67,7 / 73,5	66,1 / 68,6	62,6 / 68,7	68,5 / 64,3	53,2	64,6	68,2 / 71,4	68,1 / 74,3	74,2	1,8 / 0	14,8 / 9,4	17,7 / 15,1

Liite 5. Itseraportoinnissa välillisen hoitotyön työajan jakauma

VÄLILLINEN HOITOTYÖ ITSERAPORTOINTI	Sairaanhoidajat osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Sairaanhoidajat osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Sairaanhoidajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Sairaanhoidajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 VÄLIVUORO %	Lähihoitajat osasto 1 YÖVUORO %	Lähihoitajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 YÖVUORO %	Laitoshoitajat osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Laitoshoitajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Laitoshoitajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %
Hoitotyön kirjaaminen	4,8 / 5,8	6,1 / 3,1	7,9 / 8	8,0 / 5,7	5,6 / 6,0	5,2 / 5,4	5,1	6,3	5,5 / 7,1	6,7 / 6,3	6,8	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Hoitotyön raportointi	6,7 / 1,2	8,3 / 6,2	5,5 / 5,7	5,7 / 5,7	4,5 / 5,6	2,8 / 4,4	0,5	2,9	5,9 / 7,9	7,2 / 7,6	5,8	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Asiakastyöhön liittyvä kommunikointi	2,8 / 0	0,9 / 0	3,4 / 1,2	2,3 / 2,9	0,3 / 0	0,6 / 1,8	0,2	0,5	1,1 / 1,5	1,3 / 0,8	0	0 / 0	0 / 0,8	0 / 0
Lääkehoito	13,3 / 1,1	1,8 / 1,5	2,1 / 3,5	8,0 / 8,6	0,7 / 0,8	0,9 / 0,4	0,3	3,9	0,1 / 0,2	3,8 / 2,9	0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Kuljetus, odottelu ja etsiminen	0 / 0	0 / 0	0,3 / 0	0 / 0	0,2 / 0,4	0,6 / 0,9	0,3	0	0,1 / 0	0,4 / 0	0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
YHTEENSÄ	27,6 / 8,1	17,1 / 10,8	18,3 / 18,4	24,0 / 22,9	11,3 / 9,6	11,1 / 12,9	6,4	13,6	12,7 / 16,7	19,4 / 17,6	12,6	0 / 0	0 / 0,8	0 / 0

Liite 6. Havainnointitutkimuksessa osastokohtaisen hoitotyön ja henkilökohtaisen ajan työajan jakauma

Osastokohtainen hoitotyö Havainnointitutkimus	Sairaanhoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Sairaanhoitajat osasto 4 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 4 aamu / ilta %
Kodin hoidolliset työt, siivoustyöt	2,7 / 4,3	0,6 / 0	8,0 / 7,0	2,0 / 3,0
Ateriahuolto (ei syöttäminen)	2,2 / 2,1	0 / 1,1	7,0 / 3,0	0 / 0
Pyykkihuolto, vaatehuolto	0,4 / 1,1	0 / 0	1,0 / 1,0	2,0 / 0
Toimistotyö	0,9 / 3,2	1,2 / 1,1	1,0 / 0	1,1 / 1,1
Osastokommunikaatio	4,0 / 1,1	3,7 / 5,6	0 / 3,0	2,0 / 9,0
Kokoukset, koulutukset/tiedonvälitys	22,1 / 6,4	12,0 / 0	0 / 8,0	0 / 0
Opiskelijaohjaus	1,3 / 0	4,4 / 1,1	4,0 / 1,0	6,0 / 0
Välineet, varastot tarkastus / täydennys	0,9 / 0	0 / 2,2	0 / 0	2,0 / 0
YHTEENSÄ	34,5 / 18,1	22,0 / 11,1	21,0 / 23,0	15,0 / 13,0
Henkilökohtainen aika	Sairaanhoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Sairaanhoitajat osasto 4 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 1 aamu / ilta %	Lähihoitajat osasto 4 aamu / ilta %
Henkilökohtaiset asiat, tauot	8,8 / 5,3	8,7 / 5,6	7,0 / 9,0	14,0 / 14,0
Muu	0,4 / 3,2	8,7 / 7,8	0 / 3,0	0 / 0
YHTEENSÄ	9,3 / 8,5	8,7 / 7,8	7,0 / 12,0	14,0 / 14,0

Liite 7. Itseraportoinnissa osastokohtaisen hoitotyön työajan jakauma

ITSE- RAPOR- TOINTI OSASTO- KOHTAI- NEN TYÖ	Sairaan- hoitajat osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Sairaan- hoitajat osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Sairaan- hoitajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Sairaan- hoitajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitaja osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitaja osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 VÄLI- VUORO %	Lähihoitajat osasto 1 YÖVUORO %	Lähihoitajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 YÖVUORO %	Lähihoitajat osasto 4 YÖVUORO %	Laitos- huoltajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Laitos- huoltajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %
Kodinhoi- dolliset työt, sii- voustyö	2,0 / 0	0,9 / 0	0 / 0	0 / 0	2,6 / 2,6	1,9 / 0,9	8,6	3,1	1,2 / 0,8	0,4 / 0,2	1,7	80,7 / 75	45,9 / 54,7	35,8 / 47,0
Ateria- huolto (ei syöttä- minen)	3,4 / 8,1	5,3 / 6,2	0 / 0	0 / 0	8,2 / 10,5	8,0 / 11,2	20,0	6,5	0,8 / 0	0 / 0	0	0,9 / 19,6	24,5 / 18,0	36,2 / 30,3
Pyykki- huolto, vaatehuolto	0,4 / 1,2	1,3 / 0	0 / 0	0 / 0	2,2 / 1,5	1,6 / 2,2	1,1	5,0	4,2 / 2,0	0,7 / 0,3	2,3	2,4 / 0	0,3 / 2,3	0 / 0
Toimistotyö	2,4 / 2,3	0,9 / 0	0,4 / 1,2	0,3 / 2,9	0,4 / 0,3	0,2 / 0	0	0,7	0,9 / 0,5	0,7 / 0,8	0,1	0 / 0	1,4 / 0,8	0 / 0
Osasto- kommuni- kaatio	1,0 / 0	0,9 / 0	0 / 0	0,5 / 0	0,4 / 0,4	0 / 0,4	0	0,2	0,4 / 0,5	0,2 / 0	0	0 / 0	0,3 / 0,8	0 / 1,5
Kokoukset, koulutus /tiedon- välitys	6,3 / 0	3,5 / 0	4,6 / 0	0,3 / 0	4,6 / 0	1,9 / 0	1,9	0	3,5 / 0	2,7 / 0	0,6	3,5 / 0	5,2 / 3,9	4 / 0
Opiskelija- ohjaus	0,8 / 0	0 / 0	2,6 / 0	2,1 / 0	0,1 / 0	0,5 / 1,8	0,6	0	0,6 / 0	0,7 / 0,3	0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Välineet, varastot tarkas- tus/täyden- nys	1,2 / 4,7	0,4 / 0	0,9 / 0	0,5 / 0	1,0 / 0,4	0,4 / 0	2,3	1,6	0,3 / 0,5	0,4 / 0	0,9	4,2 / 0	0,7 / 3,1	0 / 0
Yhteensä	17,5 / 16,3	13,2 / 6,2	8,5 / 1,2	3,7 / 2,9	19,5 / 15,7	14,5 / 16,5	34,5	17,1	11,9 / 4,3	5,8 / 1,6	5,6	91,7 / 94,6	78,3 / 83,6	76,0 / 78,8

Liite 8. Havainnointitutkimuksessa ja itseraportoinnissa henkilökohtaisen ajan työajan jakauma

HENKILÖ- KOHTAI- NEN AIKA	Sairaan- hoitajat osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Sairaan- hoitajat osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Sairaan- hoitajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Sairaan- hoitajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitaja osasto 1 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitaja osasto 1 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 1 VÄLI- VUORO %	Lähihoitajat osasto 1 YÖVUORO %	Lähihoitajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %	Lähihoitajat osasto 4 YÖVUORO %	Laitos- huoltajat osasto 1 AAMU %	Laitos- huoltajat osasto 4 AAMU arki / viikonloppu %	Laitos- huoltajat osasto 4 ILTA arki / viikonloppu %
HAVAIN- NOINTI TUTKIMUS														
Henkilö- kohtaiset asiat, tauot	8,8 / -	5,3 / -	8,7 / -	5,6 / -	7,0 / -	9,0 / -	-	-	14,0 / 0	14,0 / 0	-	-	-	-
Muu	0,4 / -	3,2 / -	0 / -	2,2 / -	0 / -	3,0 / -	-	-	0 / 0	0 / 0	-	-	-	-
ITSERA- PORTOINTI														
Henkilö- kohtaiset asiat, tauot	5,2 / 4,7	5,3 / 4,6	5,5 / 6,9	6,2 / 5,7	6,4 / 6,0	5,5 / 5,8	5,9	4,7	7,1 / 7,3	6,7 / 6,5	7,2	6,5 / 5,4	6,9 / 6,2	6,3 / 6,1
Muu	0 / 0	0,4 / 0	0 / 0	0 / 0	0,2 / 0	0,4 / 0,5	0	0	0,1 / 0,3	0,1 /	0,4	0 / 0	0 / 0	0 / 0
YHTEENSÄ	5,2 / 4,7	5,7 / 4,6	5,5 / 6,9	6,2 / 5,7	6,6 / 6,0	5,9 / 6,3	5,9	4,7	7,2 / 7,6	6,8 / 6,5	7,6	6,5 / 5,4	6,9 / 6,2	6,3 / 6,1